

PLAN

LISTE DES ABRÉVIATIONS

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Population étudiée et effectif

2. Déroulé de l'étude

3. Déroulé des entretiens

4. Analyse

5. Critères de jugement

RÉSULTATS

1. Profil de la population interrogée

1.1. Les individus

1.2. Le mode d'exercice

1.3. Tableaux

1.3.1 Caractéristiques de la population

1.3.2 Récapitulatif des rendez-vous

2. Analyse des entretiens

2.1. Autonomie

2.1.1. Organisation du cadre de travail

- Circuits de transmission de l'information
- Nouvelles situations
- Formations professionnelles et réunions

2.1.2. Compétences personnelles

- Les moyens de communication
 - Accessibilités aux informations
 - Impact du smartphone
 - Multiplicité des moyens de communication
- Prises d'initiatives

2.1.3 Relations interprofessionnelles

- Conflits et difficultés
- Travail en équipe
- Travail avec les intervenants extérieurs

- 2.2. Relation soignant soigné
 - 2.2.1. Influence du patient et des aidants
 - 2.2.2. Implication dans la relation
- 2.3. Réflexions éthiques médico-légales
 - 2.3.1. Ethique interprofessionnelle
 - 2.3.2. Secret professionnel
 - 2.3.3. Transmettre pour se protéger

DISCUSSION

1. Multiplier les modes de communication semble efficient

- 1.1. S'écrire ou se parler
- 1.2. Pourquoi transmettre ?
- 1.3. Différents interlocuteurs selon l'information
- 1.4. L'importance de l'écrit
- 1.5. Le papier : un lien avec le monde extérieur
- 1.6. L'oral pour faire face à l'urgence ou aux difficultés
- 1.7. Un travail collectif pour recueillir plus d'informations
- 1.8. Une communication compliquée avec le médecin traitant
- 1.9. Une communication délicate avec le monde hospitalier

2. Discussion sur la construction de la relation

- 2.1. Une relation basée sur la confiance
- 2.2. Des prises d'initiatives
- 2.3. Une relation différente selon les intervenants
- 2.4. Un diagnostic caché au patient
- 2.5. Quel langage utiliser ?
- 2.6. Une (mauvaise) influence des transmissions ?

3. Discussion sur la réflexion éthique

- 3.1. Quelles informations transmettre ?
- 3.2. Lien avec le patient
- 3.3. La notion du « travailler ensemble »
- 3.4. Qui est soumis au secret professionnel ?
- 3.5. L'importance du dossier médical partagé

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXES

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AGGIR	Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
AS	Aide Soignant
ASS	Anjou Soins Services
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CSA	Conseil Supérieur de l'Audiovisuel
EHPAD	Etablissement Hébergement Personnes Agées Dépendantes
GIR	Groupes Iso-Ressources
HAD	Hospitalisation A Domicile
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IPSOS	Institut Politique de Sondages et d'Opinions Sociales
MAIA	Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer
MDA	Maison Départementale de l'Autonomie
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
SAAD	Service Aide A Domicile
SEP	Sclérose En Plaque
SOFRES	Société Française d'Etudes et de Sondages
SPASAD	Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile

RÉSUMÉ

Étude de la circulation de l'information autour du sujet âgé dépendant au sein d'une association de soins à domicile du Maine et Loire

Devant le vieillissement croissant de la population et le manque de places en hébergement qui en découle, on assiste au développement des structures de soins permettant un maintien au domicile dans les meilleures conditions possibles. Il est important que les soignants, qui interviennent en réseau, communiquent au maximum pour faciliter le soin et donc améliorer le confort du patient.

Les objectifs principaux de cette étude étaient de mettre en évidence les moyens qu'ont les acteurs pour transmettre une information de qualité au sein même d'une association d'aide à domicile mais également avec les intervenants extérieurs, ainsi que les éventuels obstacles à la communication et les facteurs susceptibles de l'améliorer.

Cette étude reposait sur une méthodologie qualitative, par entretiens semi-dirigés auprès de salariés de l'association Anjou Soins Services à Angers, il s'agissait de 6 classes de métiers : auxiliaires de vie, employés, agents, aides-soignants, infirmiers et cadres. Les entretiens ont été analysés via le logiciel N vivo 11.

51 entretiens ont été réalisés entre novembre 2015 et avril 2016. Des circuits différents de transmission d'information, horizontale ou plutôt hiérarchisée, en fonction de la complexité des prises en charge, ont été mis en évidence. La multiplicité des moyens de communication était bénéfique à la qualité des échanges, même si c'était en réunions de groupe que les salariés ressentaient la meilleure efficacité dans la transmission. Les relations avec les intervenants extérieurs, en particulier avec le médecin traitant semblaient très fragilisées par un manque d'organisation et de temps.

La qualité de la communication était dépendante de l'expérience des salariés et souvent perturbée par les variations de langage intra-individuelles ainsi que par l'aspect médico-légal de la traçabilité des informations.

La recherche constante d'amélioration de la communication permet le bon fonctionnement d'un réseau. Dans ce contexte de réseau de soins à la personne âgée dépendante, il paraît indispensable, d'une part, de maintenir pour les soignants un temps bénéfique de dialogue en groupe, et d'autre part de développer les échanges entre les soignants et le médecin traitant par l'intermédiaire de nouveaux outils, comme le Dossier Médical Partagé ou des plateformes numériques.

INTRODUCTION

La population Française augmente et vieillit. Selon les projections de l'INSEE, d'ici 2050 la population va augmenter de 9% pour atteindre environ 70 millions d'habitants. Un Français sur trois aura alors plus de 60 ans et 15 % plus de 75 ans.

La part des français les plus âgés (plus de 75 ans) aura ainsi quasiment doublé par rapport à aujourd'hui [1]. La population âgée et dépendante augmentera de 10 à 25% entre 2000 et 2020 selon les prévisions. Les personnes âgées dépendantes sont donc de plus en plus nombreuses et nécessitent une prise en charge plus longue.

Parallèlement, d'un point de vue financier, nous assistons à l'inflation du coût des soins consacrés aux personnes âgées. Des travaux de l'INSEE suggèrent ainsi que le vieillissement a contribué, pour environ un demi-point par an, à la croissance des dépenses de santé entre 2000 et 2010 [2].

A titre d'exemple selon l'OCDE 40 % des personnes âgées de 65 ans et plus, auront besoin à un moment donné d'une prise en charge de type dépendance, dont le coût individuel est estimé à environ une fois à une fois et demie le revenu moyen. [2]

Or, on sait désormais que les dépenses sont comparables en institution et à domicile.

Outre cette dimension financière, deux autres faits essentiels sont à considérer dans la réflexion portée sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes. D'abord, le nombre de places disponibles en institutions ne répond que partiellement à la demande, en particulier, le nombre de places médicalisées. [2].

Par ailleurs, de nombreuses enquêtes réalisées au cours de ces dernières années (TNS-Sofres, CSA, Ipsos...) montrent que le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes est plébiscité par les français (entre 75-85% selon les études) [3].

La plupart des personnes âgées n'entre en institution que contraintes par la dégradation irréversible de leur état de santé et l'absence de solution alternative,

après avoir cherché à s'organiser autrement. Pour certaines familles, la culpabilité d'un placement peut apparaître, assimilée à une forme d'abandon [3].

Le «maintien à domicile», y compris dans des foyers logements adaptés, semble donc concilier la préférence des citoyens et l'intérêt des finances publiques, pour peu qu'il soit mise en œuvre de manière cohérente avec le soutien des proches et des services d'aide à domicile.

Pour cela de nombreux projets de santé sont proposés afin de faciliter les démarches pour les familles, que ce soit pour la demande d'aides financières comme l'APA, Allocation Personnalisée d'Autonomie : ou la mise en place de structures regroupant des professionnels de santé autour de la personne âgée fragile (CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination, MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer, SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile, etc) [4] [5].

A travers une des déclinaisons gériatriques du « virage ambulatoire », des associations ou sociétés d'aides à domicile se multiplient pour satisfaire la demande toujours plus importante [6].

Ainsi, le gouvernement prévoit dans le cadre du « plan de solidarité grand âge » de développer l'offre de soins infirmiers à domicile de 40 % en cinq ans [7].

Face à une dépendance parfois compliquée à gérer au quotidien ou dans des situations difficiles (exemple de la fin de vie), il est important d'anticiper précocement les besoins afin d'optimiser les aides, et cela en organisant, autour de la personne dépendante, des réseaux de soins adaptés et coordonnés dans lesquels le médecin traitant doit jouer un rôle central [8].

Parmi les différents paramètres indispensables à une bonne prise en charge des personnes âgées dépendantes au domicile la communication entre les différents professionnels est fondamentale [9].

En effet, l'efficacité d'une intervention interdisciplinaire au domicile nécessite l'action concertée d'une équipe, de la personne malade bénéficiaire et de ses proches. Ces professionnels partagent une responsabilité et travaillent en interaction à la compréhension globale des besoins du patient dans son environnement [10].

De nombreux travaux ont été menés pour évaluer les conséquences d'une mauvaise communication entre les soignants [11] et notamment à l'hôpital.

D'autres études ont analysé la communication entre la personne malade et les soignants au domicile ce qui fait même l'objet de modules d'enseignement spécifiques au sein des structures de formation des personnels de santé [12].

Moins nombreux en revanche sont les travaux qui se sont intéressés à la communication entre les professionnels de santé qui interviennent au domicile même si des outils existent déjà [13].

Notamment très peu d'études s'intéressent directement aux soignants qui interviennent auprès des malades au domicile dans un environnement fondamentalement différent de celui du monde hospitalier. Pourtant l'étude des informations transmises, des éventuels obstacles entravant l'efficacité de cette communication, ou encore des ressentis des équipes peut permettre une meilleure compréhension du fonctionnement d'un réseau de soignants parfois complexe.

Cette compréhension d'un aspect essentiel de la prise en charge pluridisciplinaire des patients âgés au domicile est évidemment essentielle pour des futurs médecins généralistes.

Cette étude porte sur l'analyse de cette communication en interrogeant des membres de l'association de soins à domicile Anjou Soins Services (ASS), implantée en Anjou [14].

Notre choix s'est porté sur cette association car elle constitue un interlocuteur privilégié lorsqu'un plan d'aide au domicile est envisagé pour une personne âgée dépendante en Anjou. En effet, son effectif est conséquent et pluridisciplinaire ce qui permet une prise en charge globale ; environ trois cents cinquante salariés parmi lesquels on retrouve auxiliaires de vie, agents, employés, aides-soignants, infirmières et cadres qui aident près de mille cinq cents personnes au quotidien. De par l'importance de la structure, la diversité des postes et le nombre conséquent de professionnels, un recueil important de données auprès des salariés de l'association est possible rendant l'analyse exhaustive et pertinente.

L'objectif de cette étude est de décrire et d'analyser les informations détenues transmises ou non par les professionnels qui interviennent auprès de personnes âgées dépendantes à leur domicile. Ce travail s'intéresse aussi bien aux moyens techniques, aux supports de transmissions mais aussi aux principes ou consignes qui régissent la circulation de l'information au sein des équipes soignantes. Parallèlement il semble intéressant d'analyser comment les personnels s'approprient ces techniques.

Quels sont les facteurs qui influencent leurs communications ? Comment cette dimension de leur travail s'articule avec les volontés des patients, la leur, mais aussi les contraintes éthiques professionnelles ou juridiques?

Pour cela une étude qualitative a été menée sous la forme d'entretiens individuels semi-dirigés dont les verbatims ont été analysés à l'aide d'un logiciel informatique dédié Nvivo 11 QRS international.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude qualitative se basant sur des entretiens semi-dirigés avec uniquement des professionnels.

1. Population étudiée et effectif

Il s'agit d'une population de professionnels de santé et d'aide à la personne travaillant au sein d'une association du Maine et Loire (ASS). Les entretiens étaient réalisés sur toutes les catégories de postes proposés par l'association.

En effet, l'association propose des soins réalisés par le SAAD (Service d'Aide À Domicile) organisé de la façon suivante :

- Des agents au domicile chargés d'aider à l'entretien de la maison et du linge et aux démarches administratives simples.
- Des employés au domicile chargés d'aider à l'entretien de la maison et du linge, aux courses, à la préparation des repas, à l'accompagnement des personnes à leurs rendez-vous ainsi qu'une aide aux démarches administratives.
- Des auxiliaires de vie chargés d'assurer l'aide à la toilette, à l'habillage, aux courses, à l'alimentation, à l'entretien du linge et du logement, aux démarches administratives et à l'accompagnement pour les loisirs.

Ainsi qu'un SSIAD (Service de Soins Infirmiers À Domicile) organisé de la façon suivante :

- Des aide-soignants chargés d'assurer sous la responsabilité de l'infirmier coordinateur et des infirmiers, des soins d'hygiène ainsi qu'une aide aux soins curatifs, dans les compétences données par leur formation, et participer à la prise en charge psychologique de l'individu.
- Des infirmiers chargés d'assurer tous les soins au domicile relevant du décret de compétences infirmiers (actes techniques, suivi des traitements et examens, éducation thérapeutique, alerte sur les changements de santé, participation au projet de soin). Ils sont responsables des soins dispensés par les aide-soignants.

Ces 2 structures travaillent au sein de la même association (ASS) et ont toutes les deux des cadres ayant une fonction de responsable hiérarchique, qui ont aussi été interviewés :

- Responsables de secteur pour les SAAD qui assurent, pour chaque secteur, la répartition des ressources et des plannings ainsi que les plans de soins. Ils sont les référents hiérarchiques auxquels les salariés du SAAD font appel en cas de difficulté.
- Infirmiers coordinateurs pour les SSIAD chargés de la mise en place des plans de soins pour les SSIAD de leur secteur. Ils déterminent les moyens mis en œuvre pour chaque bénéficiaire, ainsi que les plannings des salariés à leur charge. Ils sont les référents hiérarchiques auxquels les infirmiers et les aides-soignants font appel en cas de difficulté.

L'effectif était de 8 personnes interrogées par interne, soit 48 entretiens au moins. Cet effectif a été choisi pour permettre d'obtenir une saturation des données.

Les personnes interviewées ont été choisies par tirage au sort.
Logiciel Excel Microsoft 2013, macro ; ALEA.ENTRE.BORNES()

2. Déroulé de l'étude

Il s'agissait d'une étude basée sur des entretiens individuels semi-dirigés. Tous les professionnels de l'association ont été informés plusieurs mois avant le début de l'étude par le biais d'un courrier unique (cf annexe 1), expliquant le principe et le but de l'étude sans dévoiler le guide d'entretien et distribué par les responsables de l'association lors des réunions de services, en veillant à ce que tout le monde soit informé. Ensuite, un tirage au sort a été effectué pour avoir une liste de professionnels de chaque poste par interne. Les professionnels ont ensuite été joints via leur téléphone professionnel pour leur réexpliquer le principe de l'étude et leur demander leur accord pour y participer.

En cas de refus, un nouveau tirage au sort était effectué jusqu'à obtention d'un accord. Dès qu'un professionnel donnait son accord, un rendez-vous était pris pour un entretien au siège de l'association.

Les entretiens ont été réalisés sur le temps de travail des professionnels sans décompte sur leurs salaires.

Chaque interne a réalisé au moins un entretien avec un professionnel de chaque poste et 2 entretiens supplémentaires sur des postes choisis au hasard, de manière à atteindre l'effectif prévu.

Un avis favorable du comité d'éthique a été obtenu.

3. Déroulé des entretiens

Il s'agissait d'entretiens individuels et semi-dirigés. Les entretiens étaient réalisés au sein de l'association, pour des raisons pratiques (en raison de l'emploi du temps des salariés), dans une salle à l'écart de la direction et de l'accueil de l'association. Chaque entretien était enregistré, puis retranscrit. En début d'entretien, le consentement du professionnel à l'étude était redemandé ainsi qu'un consentement à l'enregistrement. L'entretien était conduit selon un guide d'entretien (cf annexe 2) comportant 1 question générale et, ensuite, 6 questions ouvertes dont 2 en rapport avec les caractéristiques de l'information (type d'information, moyens utilisés ...), 3 questions en rapport avec les difficultés rencontrées dans la circulation de l'information et 1 question permettant de caractériser la population. Des questions de relance ont été posées pour entretenir l'échange et les professionnels interrogés étaient invités à illustrer leurs propos en racontant des exemples de situations vécues.

Il a été réalisé un entretien test par interne, puis une évaluation du guide d'entretien, puis tous les autres entretiens ont été réalisés 1 mois et demi après l'entretien test.

Les entretiens ont ensuite été anonymisés lors de la retranscription.

Malgré l'anonymisation, certains entretiens contiennent des informations permettant de reconnaître leurs auteurs. Il nous est donc impossible de les reproduire ici.

Tous les entretiens ont été analysés, y compris l'entretien test.

4. Analyse

Les entretiens ont été anonymisés lors de la retranscription et ne peuvent, de ce fait, être retranscrits dans l'article.

Les données issues des entretiens ont été encodées via le logiciel spécialisé N-Vivo 11 QRS international avec une grille d'analyse inspirée de l'analyse des entretiens test et réactualisée après une première analyse de tous les entretiens.

Tous les entretiens ont été encodés par 2 internes organisés en binôme, analysant chacun leurs entretiens et ceux de l'autre interne du binôme. Tout ceci a permis une double lecture et chaque interne a encodé ses entretiens et ceux de son binôme.

Les données de tous les entretiens ont ensuite été mises en commun et analysées selon plusieurs axes avec un groupe d'internes par axe. Il y a eu ensuite une mise en commun de tous les résultats et une analyse commune.

5. Critères de jugement

Le critère de jugement principal est la recherche d'éléments influençant la transmission entre les professionnels de santé, intervenant auprès d'une personne âgée dépendante à son domicile.

Les critères de jugement secondaires sont les types d'informations transmises, les moyens et les stratégies mis en œuvre ainsi que d'éventuels obstacles au partage de l'information.

RÉSULTATS

1. Profil de la population interrogée

1.1. Les individus

Nous avons réalisé au total 51 entretiens soit 8 entretiens pour 4 internes 9 pour 1 interne et 10 pour le dernier interne. Ceux-ci ont été réalisés entre novembre 2015 et avril 2016.

Nous avons interrogé 6 responsables de secteur sur les 14 que comptait l'entreprise (42%), 6 IDE sur les 8 que comptait l'association (75%), 9 aide-soignants sur les 27 que comptait l'association (33%), 13 auxiliaires de vie sur les 94 que comptait l'association (14%), 10 agents sur les 101 que comptait l'association (10%) et 7 employés sur les 97 que comptait l'association (6%).

Lors des appels téléphoniques pour les prises de rendez-vous 100 % des cadres avaient répondu et avaient accepté l'entretien ; 100 % des IDE avaient répondu et avaient accepté l'entretien ; 52 % des aide-soignants avaient répondu et avaient accepté l'entretien ; 68 % des auxiliaires de vie avaient répondu et avaient accepté l'entretien ; 33 % des agents avaient répondu et avaient accepté l'entretien; et enfin 53 % des employés avaient répondu et avaient accepté l'entretien.

Un aide soignant avait annulé le rendez-vous, 2 auxiliaires de vie avaient annulé le rendez-vous et 3 employés avaient annulé le rendez-vous.

Les entretiens se sont déroulés au sein même de l'association avec une durée moyenne de 40 minutes par entretien.

L'ancienneté moyenne des employés dans l'association était de 10 ans.

1.2. Le mode d'exercice

Le mode d'exercice des professionnels interrogés était majoritairement urbain à mixte.

1.3. Tableaux

1.3.1 Caractéristiques de la population

1/ Caractéristiques de la population interrogée

Tableau n°1 Nombre de professionnels dans l'entreprise

Cadre	14
IDE	8
AS	27
Auxiliaire	94
Agent	101
Employé	97
Total	341

Tableau n°2 Nombre d'entretiens réalisés

Cadre	6 (42%)
IDE	6 (75%)
AS	9 (33%)
Auxiliaire	13 (14%)
Agent	10 (10%)
Employé	7 (6%)
Total	51 (15%)

Tableau n°3 Durée des entretiens (minutes)

	min	moy	Max
Cadre	27	47,3	57
IDE	32	41,6	49
AS	16	36,4	53
Auxiliaire	17	41,8	62
Agent	21	33,1	48
Employé	31	42,8	51
Total		40,5	

Tableau n°4 : Ancienneté dans l'entreprise (années)

	Min	moy	max
Cadre	2	18,8	33
IDE	0,2	4	8
AS	1	6,2	17
Auxiliaire	1,5	13,5	32
Agent	2	10,7	40
Employé	3	7,5	18
Total		10,1	

Tableau n°5 : Age des professionnels interrogés

	Min	Moy	max
Cadre	33	44,8	52
IDE	33	42	60
AS	29	41,3	56
Auxiliaire	44	50,3	57
Agent	22	42,2	69
Employé	28	31,3	40
Total		41,9	

1.3.2 Récapitulatif des rendez-vous

Tableau n°1 : accords pour entretien y compris ceux qui ont été annulés
(% fonction du nombre total d'appel)

Cadre	6 (100%)
IDE	6 (100%)
AS	10 (52%)
Auxiliaire	15 (68%)
Agent	10 (33%)
Employé	10 (53%)

Tableau n°2 : Refus d'entretien

Cadre	0
IDE	0
AS	1
Auxiliaire	3
Agent	4
Employé	4

Rapport-gratuit.com 
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Tableau n°3 : Pas de réponse lors de l'appel téléphonique

Cadre	0
IDE	0
AS	6
Auxiliaire	4
Agent	11
Employé	5

Tableau n°4 : Numéro faux ou obsolètes

Cadre	0
IDE	0
AS	3
Auxiliaire	0
Agent	5
Employé	0

Tableau n°5 : Rendez-vous annulés

Cadre	0
IDE	0
AS	1
Auxiliaire	2
Agent	0
Employé	3

Tableau n°6 : Nombre total d'appels téléphoniques par catégorie professionnelle

Cadre	6
IDE	6
AS	19
Auxiliaire	22
Agent	30
Employé	19

2. Analyse des entretiens

cf annexe 3 pour les résultats concernant le type d'informations transmises.

2.1 Autonomie

2.1.1 Organisation du cadre de travail

- Circuits de transmission de l'information

Un des circuits de transmission était celui entre les salariés et leur cadre. Il intervenait dès le début de la prise en charge d'un patient notamment sur le recueil des premières informations. Il permettait d'établir et d'adapter le plan de soins. Ce dernier était constamment réactualisé en fonction du retour d'expérience des salariés.

« Elle nous envoie un message généralement, elle nous appelle pour nous dire comment s'est passé le premier rendez-vous » cadre.

100% des employés avaient rapporté « appeler leur responsable » lorsqu'on évoquait une situation « difficile » ou « inhabituelle ». Il était également considéré comme l'interlocuteur privilégié pour discuter des situations psychologiquement

difficiles pour les soignants : « *Si c'est des collègues avec plus de distance, qui n'aiment pas trop qu'on leur dise les choses, tout ça, je passe par la responsable de secteur* » *auxiliaire de vie.*

Pour beaucoup de salariés, ces cadres avaient également un rôle d'appui et c'était souvent sur eux que reposait la coordination avec les intervenants extérieurs.

« *Si du jour au lendemain, je me retrouve dans la panade, c'est simple, j'appelle mon infirmière coordinatrice. Et, malheureusement, je lui refile le « bébé » mais elle a un poids supérieur et peut régler le problème plus facilement* » *aide-soignant.*

« *Nous, on modifie des fois en accord avec la responsable si on voit que ça fait trop ou pas assez et il revoit avec la famille ou nous.* ».

La transmission horizontale, c'est-à-dire entre collègues de différents postes sans intervention des responsables hiérarchiques, était un des autres circuits choisis. Ce mode de transmission était privilégié pour faciliter le travail des collègues, pour clarifier certaines informations rapidement, et pour obtenir des informations sur le patient via le salarié relai. Ce salarié était le référent dossier d'un patient.

« *S'il y avait une apparition de douleur il fallait nous appeler directement* » *infirmier* ; « *C'est une auxiliaire de vie ou une aide à domicile qui m'informera que le pilulier est à un autre endroit* » *infirmier*

- Nouvelles situations

Les retours d'hospitalisation étaient parfois compliqués à gérer pour les équipes : « *quand il y a des retours d'hospit là c'est vraiment le plus compliqué à gérer parce que du coup on n'a pas les retours de ce qui est prévu* » *auxiliaire de vie.*

La durée de l'hospitalisation pouvait modifier la qualité de la transmission entre l'hôpital et les membres de l'association : « *quand c'est des hospits longues ou vraiment importantes, où là l'état de santé s'est dégradé et tout, souvent les filles, les coordinatrices, elles vont à l'hôpital. Et bon, avec la géronto et tout, on a quand même des liens assez étroits, et c'est vrai qu'elles vont faire le point sur un éventuel retour à la maison* » *Infirmier* ; « *Par contre les hospits courtes, là on n'est pas toujours préparé, donc on demande, on essaye de demander à ceux qui nous appellent tout le temps parce que y a tout..* » *Infirmier.*

Une cadre signalait que le lien avec l'hôpital pouvait se faire très facilement, surtout en cas de nouveau patient, mais moins systématiquement lorsqu'il s'agissait d'un ancien patient qui revenait à domicile après une hospitalisation. « *Souvent les nouvelles demandes il y a de la coordination parce qu'on ne les connaît pas donc nous on prépare tout ça et je trouve que c'est pas mal. Par contre des bénéficiaires qu'on a depuis longtemps, qui sont hospitalisés pour X raison et qui reviennent et qu'il faut retravailler le plan d'aide avec des interventions en plus, là ça cloche parce qu'il n'y a pas de coordination* ».

- Formations professionnelles et réunions

Tous les salariés pouvaient bénéficier de formations spécifiques, non obligatoires. « *Oui, on a une liste et on choisit celles qui nous intéressent* » aide-soignant.

Beaucoup de salariés s'échangeaient des informations sur leur vécu professionnel lorsqu'ils se rencontraient en formation « *on se pose plusieurs questions et donc on fait appel à tous les partenaires et on se réunit pour exposer chacun nos difficultés et voir comment on peut avancer* » auxiliaire de vie.

Concernant les réunions d'équipe c'était un moment où les salariés exprimaient leurs difficultés et où éventuellement le psychologue intervenait. Souvent, les salariés remarquaient que se réunir autour d'un dossier permettait de découvrir des informations « cachées » par les patients où tout simplement non perçues : « *maintenant, il faut aller lui faire les courses parce qu'elle ne peut plus se déplacer,[...] si vous voulez euh, bon je l'ai su, on l'a su lors d'une réunion justement* » auxiliaire de vie.

2.1.2 Compétences personnelles

- Les moyens de communication

- Accessibilité aux informations

Le dossier patient sur le smartphone n'était pas commun à tous les employés. Certains corps de métiers (auxiliaires, employés et agents) n'avaient pas accès au dossier médical.

« *Mais ils ne mettent pas tout au niveau médical parce que (elle chuchote) ils*

n'ont pas le droit de nous mettre. » agent d'entretien.

Quatre salariés évoquaient ainsi un manque de détails dans l'information ou à contrario une densité d'informations ne permettant pas une vision rapide de celles jugées essentielles : *« je trouve que quelquefois il y a des informations qui sont délayées et puis on n'a pas besoin de savoir tout ça et puis d'autres fois, il va manquer des informations. » infirmier.*

- Impact du smartphone

Des salariés expliquaient qu'ils pouvaient transmettre via le smartphone des choses que le patient n'accepterait pas forcément de lire sur un cahier au domicile : *« au smartphone je me lâche un peu plus je me permets de rentrer dans certains détails » aide-soignant.*

La majorité des personnes évoquait le gain de temps permettant de transmettre davantage : *« on fait beaucoup plus de transmissions avec les Smartphones que avant quand on venait au bureau écrire » aide-soignant . « Avec le téléphone on sait que l'information est vue tout de suite et surtout c'est un précieux gain de temps. » aide-soignant.*

Enfin l'« alerte santé », qui permettait la diffusion instantanée d'une information jugée urgente à l'ensemble des salariés concernés, était évoquée par la quasi-totalité des intervenants : *« C'est une fonction d'urgence... l'alerte santé ! Elles envoient un message sur leur portable, et ça m'arrive directement sur l'ordinateur, et ça arrive sur tous les portables des salariés qui interviennent chez cette même personne. » cadre.*

- Multiplicité des moyens de communication

Une infirmière et une aide à domicile écrivaient sur le dossier papier pour que le patient et la famille aient une trace *« On en fait encore par écrit quand ça concerne d'autres intervenants , ou qu'il faut laisser une trace tout simplement pour la famille » infirmier.*

Parfois les informations étaient moins transparentes pour ne pas gêner la famille ou le patient *« J'avais des filles qui n'osaient plus noter parce qu'elles savaient que la famille lisait et du coup on perdait des informations surtout concernant le*

comportement des patients, leur agressivité ou l'humeur. » cadre.

Un plus grand nombre de salariés disait vouloir informer les intervenants extérieurs : *« ça permet de communiquer avec les infirmiers libéraux les médecins généralistes, [...]ils jetaient un petit coup d'oeil » aide-soignant.*

Les salariés (19 , tous postes confondus) s'appelaient volontiers pour décrire une situation nouvelle, complexe ou urgente : *« il m'est arrivé de leur laisser un message sur leur portable pro, ou d'appeler l'association, enfin ma responsable de secteur, pour dire : « voilà ce que j'ai constaté, voilà l'état dans lequel la personne est, au jour d'aujourd'hui à l'instant T, maintenant : vigilance » agent.* Pour 18 salariés, le fait d'avoir plusieurs moyens de communiquer les faisaient douter sur la bonne transmission de l'information et leur faisaient effectuer des doubles transmissions.

« Ben, on continue à travailler sur papier. Bah, moi j'aimerais bien que le smartphone soit aussi précis que le papier. Mais pour l'instant, (rires), ce n'est pas du tout le cas. Et comme de toute façon, on continue à travailler sur le papier, ça c'est un supplément de travail (rires). » infirmier .

- Prises d'initiatives

Les salariés étaient amenés à juger du degré d'urgence et de l'importance des informations à transmettre. Ils devaient souvent faire preuve de polyvalence et d'autonomie *« il ne faut pas attendre qu'on nous donne les infos, hein, il faut aussi aller les chercher. » employé.*

Parfois c'était « l'instinct » qui dominait : *« je pense que dans notre métier c'est du cas par cas, on peut pas dire qu'on a une méthode type, c'est pas possible » agent.*

2.1.3. Relations interprofessionnelles

- Conflits et difficultés

Des différences de manière de transmettre entre professionnels, du fait de leur formation respective, ont été rapportées. L'exemple le plus frappant était celui de la traçabilité écrite, qui était très importante pour les aide-soignants et les

infirmières et beaucoup moins pour les auxiliaires de vie.

Ainsi une auxiliaire de vie disait « *je suis contre les transmissions écrites, enfin ... pour qu'on fasse très attention à ce qu'on dit* » en ajoutant « *je sais que moi, j'ai pas beaucoup de transmission à l'écrit* ».

Les aide-soignants et infirmiers étaient formés aux transmissions ciblées avec, par cible, données-actions-résultats, ce qui était moins fréquent chez les autres professionnels de santé, comme le soulignait une infirmière : « *ici, il n'y a que des aides-soignantes et des infirmières, on est tous formé aux transmissions ciblées ce qui n'est pas le cas des aides à domicile* ».

La hiérarchie pouvait impacter la transmission pour certains professionnels surtout pour les auxiliaires de vie, aide-soignants et employés.

- Ainsi, une auxiliaire de vie disait : « *[...] L'auxiliaire de vie, c'est la femme de ménage. Comme notre statut n'est pas reconnu, on nous fait pas confiance* » ; « *Vous vous rendez pas compte du peu de valeur qu'on a. Non, on n'a pas confiance en nous... Les médecins ils... Non ! Ils se rendent pas compte !* » ; « *Elles nous prennent un peu de haut. L'infirmière libérale, c'est pas la personne qui va nous valoriser. Mais maintenant, à voir. J'espère juste qu'on va reconnaître qu'on a des qualités, et qu'on a quand même des valeurs à apporter.* ».

- Une auxiliaire de vie racontait que son statut ne justifiait pas l'accès à toutes les informations médicales pour certains professionnels: « *les infirmières qui pensent qu'on devrait pas savoir parce que c'est un diagnostic médical et que on devrait pas le savoir* » *auxiliaire de vie.*

- De plus un aide-soignant disait : « *Et je pense que plus on monte en grade, plus c'est facile de joindre un interlocuteur* ».

L'outil de transmission était parfois un moyen choisi pour les règlements de compte. Les auxiliaires de vie parlaient plus que les autres professionnels de ce problème: « *Il y a eu des soucis de transmissions sur les manières de dire sur le cahier, sur l'entente* » ; « *voir ce qu'on pouvait mettre dans les cahiers de transmissions puisqu'on se rendait compte que dans les transmissions, parfois y*

avait des règlements de compte ».

Enfin il se posait régulièrement la question du turn over important et des arrêts maladies obligeant les salariés à se remplacer et à aller chez des patients sans avoir toutes les informations : *« donc, euh, des fois, il faut trouver à se remplacer. Mais euh, on ne peut pas non plus être tout le temps en réunion pour se passer les infos, quoi » employé.*

- Travail en équipe

Le travail en équipe était jugé essentiel par toutes les catégories professionnelles. *« Donc, quand on se croise comme ça sur des interventions, c'est plus facile d'échanger et on peut « souffler » un peu et discuter de tout et de rien pendant 15 minutes sur la personne [...] ça permet de partager et d'avoir un avis différent du sien et peut-être voir les choses différemment » auxiliaire de vie.*

Il existait une transmission intergénérationnelle entre les salariés expérimentés et les salariés plus novices comme le soulignait une auxiliaire de vie qui racontait ses débuts : *« mais j'ai été bien aidée avec des tutorats et aussi à l'aide de mes collègues et de mes responsables ».*

Enfin ce travail d'équipe permettait la mise en commun des connaissances et des compétences de chacun : *« Et puis, c'est bien de travailler à plusieurs. Parce qu'on met toutes nos compétences ensemble. On échange pour voir la méthode qui est la meilleure pour être au mieux avec le bénéficiaire. » Infirmier.*

- Travail avec les intervenants extérieurs

Concernant le travail avec le médecin :

- Les intervenants disaient globalement qu'ils étaient peu disponibles : *« Ils sont trop pressés ... Je vois trop de médecins qui passent en coup de vent ».*
- De plus, il leur était reproché de laisser trop peu de transmission, parfois juste une ordonnance. *« c'est compliqué parce qu'on n'a pas ... vraiment de détails de la part des médecins, on a juste une ordonnance, quand elle est bien écrite, on a de la chance » infirmier.*

- Enfin, ils avaient tendance à donner leurs prescriptions par téléphone et oubliaient quelquefois d'envoyer l'ordonnance. *« je sais que nos infirmières ont des ... problèmes de communication ... avec les médecins ... euh ... puisque, en fait, il y a beaucoup d'oral et très peu d'écrit »* aide-soignant.

Pour ce qui était des autres intervenants, les contacts étaient souvent faits via le responsable de secteur. L'un d'entre eux disait d'ailleurs: *« Donc, c'est nous après qui allons prendre en compte s'il y a lieu de déclencher la famille ou une alerte auprès des infirmières ou auprès des partenaires de santé, HAD et tout ça. En fait, après c'est à nous, c'est nous qui sommes un peu juges de la situation »* aide-soignant.

2.2. Relation soignant soigné

2.2.1 Influence du patient et des aidants

Certains salariés, sans distinction de catégorie, avaient fait part de l'existence de non dits de la part des patients.

- Une cadre expliquait que certains patients refusaient que des informations soient données aux membres de l'association: *« c'est déjà arrivé qu'il y ait une dame qui ne souhaite pas que les intervenantes soient au courant de son cancer »*.
- La honte ou la gêne des patients pouvait également être un frein *« elle voyait pas bien et c'est ses meubles qui l'aident à se repérer. Mais j'allais chez elle depuis presque 6 mois ! Elle avait pas encore osé me le dire.»* aide-soignant, ou comme le soulignait une cadre *« c'est plus pour des problèmes urinaires qu'ils vont avoir du mal à le dire »*.

La transmission écrite passait au second plan en fonction de la capacité du patient à exprimer correctement ses besoins *« quand c'est des personnes qui sont dépendantes mais non Alzheimer on n'a pas forcément l'utilité d'avoir une transmission écrite parce que du coup la personne peut très bien me dire »*.

Le patient pouvait lire les transmissions écrites et intervenait parfois dans la rédaction de celles-ci : *« des fois on marquait pas au domicile parce que des gens il y en a qui savent lire et qui nous disaient : « non non vous n'avez pas le droit de mettre ça ou de dire ça » »*.

Les informations étaient parfois limitées volontairement par certains intervenants : *« ça arrive aussi que la personne aidée lise le cahier de transmission donc on fait attention à ce qu'on écrit pour ne pas la blesser » ; « en sachant qu'il pouvait les lire [...] de peur de le vexer donc du coup je n'écrivais pas » employé.*

Un langage spécifique était également utilisé par les professionnels afin de renseigner des informations qui n'étaient alors pas déchiffrables par le patient : *« dans les ordres de mission où on n'a pas trop le droit de mettre [...] les termes [...] que si c'est en accord [...], avec les personnes. Donc on a des codes [...] genre sclérose en plaque on va mettre SEP » cadre.*

Les aidants familiaux pouvaient donner des informations complémentaires concernant entre autre l'autonomie du patient : *« l'entourage joue un rôle crucial pour l'adaptation des aides, ils voient des choses et connaissent bien la personne » cadre.*

La famille pouvait également émettre une volonté de cacher le diagnostic au parent malade dans une volonté de le préserver : *« Elle n'était pas au courant de sa pathologie. Ses enfants nous l'ont appris. Elle a un cancer de la vessie. [...] Alors, la question s'est posée hier : « a-t'on le droit de ne pas tout dire à la personne ? [...] Oui, on a le droit, si c'est le souhait de la famille » cadre.*

2.2.2 Implication dans la relation

L'ensemble des salariés interrogés et ce quelque soit la catégorie professionnelle s'accordaient tous sur un point : la confiance avec le patient était primordiale pour l'obtention des informations.

« Souvent ils en parlent, c'est quand la confiance s'est installée. » aide-soignant.

Cependant les catégories professionnelles pour lesquelles l'obtention de cette

confiance semblait la plus aisée étaient celles qui passaient du temps avec le patient : les employés, les aides soignantes, les auxiliaires de vie. Ce sont les infirmières qui en parlaient le mieux : *« nous par exemple infirmières des fois on peut passer que 10 minutes chez les gens. Donc on va pas avoir le même temps de communication que l'auxiliaire de vie qui va passer 2 heures »*

Une auxiliaire de vie parlait du trop plein d'informations qui pouvait aussi modifier la relation avec le patient *« [...] Au début quand je suis arrivée à l'association, on ne donnait pas assez d'informations et, avec le recul, l'expérience, je trouve que c'est bien aussi de ne pas en donner trop parce que je trouve qu'on a toutes une approche différente de la personne et aussi ... euh ... et aussi c'est bien de ne pas partir avec trop d'à priori ».*

2.3. Réflexions éthiques médico-légales

2.3.1 Ethique interprofessionnelle

L'éthique interprofessionnelle influençait sur le contenu des données transmises notamment au sein d'une même catégorie professionnelle. Les motivations étaient alors de protéger ses collègues pour ne pas les mettre à mal par rapport aux patients ou à la hiérarchie : *« [...] parce que en parler à la responsable, ce serait mettre à mal ma collègue [...] » aide-soignant ;* ou encore pour maintenir une bonne entente entre collègues *« [...] c'est plus une relation de confiance entre nous [...] » auxiliaire de vie.*

2.3.2 Secret professionnel

Tous les salariés ont affirmé respecter scrupuleusement le secret professionnel. Ils avaient tous pleinement conscience de son importance pour obtenir une relation de confiance et la faire perdurer.

« c'est important de respecter ce que veut le patient » auxiliaire de vie ; « ils choisissent de nous parler en ayant confiance en nous » aide-soignant.

Cependant lorsqu'était abordé l'impact que pouvait avoir une information sur la santé du patient, même si celle ci semblait relever du secret professionnel, tous, et ce quelque soit la catégorie professionnelle, avouaient transmettre la dite information dans un souci d'améliorer la prise en charge de leur patient.

« Je vais pas raconter les choses personnelles que me racontent les gens sauf si ça va avoir un intérêt pour le soin » aide soignante ; « Après voilà tout ce qui est alerte santé, mise en danger, on ne se pose pas la question » infirmier.

D'autres manquements étaient involontaires : *« [...] sur le terrain tu vas sortir un nom chez quelqu'un sans t'en rendre compte ça va sortir tout seul [...] »*, ou par des différences de formation.

« [...] nos collègues auxiliaires de vie qui elles n'ont pas forcément été sensibilisées au secret professionnel [...] » aide-soignant.

Enfin parfois la charge émotionnelle prenait le dessus sur le devoir de réserve : *« [...] des fois les collègues quand c'est difficile qu'elles se « lâchent » sur la feuille [...] »*

Les informations, qui n'avaient aucun impact sur la prise en charge, étaient gardées « secrètes » par les professionnels : *« je l'ai pas transmis parce que ça changeait rien à la prise en charge » aide soignante ; « Les choses vraiment très personnelles qui n'ont pas d'incidence sur notre travail qui n'apportera rien de plus je le garde pour moi. » auxiliaire de vie.*

2.3.3 Transmettre pour se protéger

Beaucoup des salariés interrogés et de toutes les catégories professionnelles, nous disaient qu'en transmettant les informations ils se protégeaient d'un point de vue médico-légal, de plaintes ou de poursuites éventuelles des bénéficiaires ou de leurs familles et ce notamment par la traçabilité des informations. Ils y voyaient également un intérêt pour le patient et son entourage. Une auxiliaire de vie étendait même son souci de protection à l'association.

« [...] on le marque aussi pour se protéger, nous, des soucis juridiques, [...] quand la sécurité de la personne est en jeu, on est obligé, après c'est non-assistance à personne en danger [...] » aide-soignant ; « Bien sûr il y a le secret professionnel. Mais c'est communiqué à ma responsable de secteur, ma référente qui est elle aussi tenue au secret. On a l'obligation de protéger la personne aidée, mais aussi de protéger l'association et aussi la famille. » auxiliaire de vie.

DISCUSSION

Une étude qualitative a été choisie car il est difficile de formuler des hypothèses de résultats. La nature de cette étude est intuitivement non quantitative car basée sur des impressions et des ressentis. De plus, cela permet d'avoir des entretiens ouverts. Une étude exploratoire est plus adaptée afin de recueillir le maximum d'informations sur la circulation de l'information au sein d'une association d'aide et de soins à domicile.

La population est choisie au sein d'une même association d'une part pour des raisons pratiques mais surtout afin d'étudier comment circule l'information dans un groupe constitué de personnes qui travaillent ensemble ou en équipes. De plus, l'association choisie comprend un grand nombre de salariés et des professions variées. Toutefois, les résultats ne peuvent pas forcément être extrapolés à une autre association ou à un autre mode de fonctionnement.

L'association comprend plus d'agents, d'employés et d'auxiliaires de vie (respectivement 101,97 et 94) que d'aides-soignants, cadres et IDE (respectivement 27,14 et 8), les premiers sont interrogés en plus grand nombre que les seconds. Même si chaque interne a mené au moins un entretien avec chaque catégorie socioprofessionnelle, proportionnellement, il existe une plus grande part d'entretiens menés parmi les aides-soignants, cadres et IDE. Le fait que deux entretiens aient été choisis au hasard par chaque interne, peut expliquer quelques variations parmi les différentes catégories socioprofessionnelles.

Les salariés sont informés par diffusion d'un courrier afin que tous apprennent la teneur de l'étude de la même façon. Les salariés sont sélectionnés par randomisation pour éviter les biais de sélection. Les rendez-vous sont pris par téléphone sur leur numéro professionnel. Toutefois certains salariés déclarent lors des appels ne pas être au courant de cette étude. Le biais de volontariat est probablement diminué car l'association inclut l'entretien sur le temps de travail. Ceci peut diminuer le nombre de refus. Malgré cela, il semble légitime de se demander ce qu'auraient répondu les personnes ayant refusé les entretiens posant la question d'un biais de représentativité.

Les entretiens ont lieu dans une salle isolée pour éviter les réticences des salariés à répondre. Mais sont à noter, quelques soucis de confidentialité, étant donné la configuration de la salle ou l'absence de salle isolée disponible, amenant parfois à réaliser des entretiens dans la salle de pause ou la pièce de photocopie. Afin de limiter les biais d'interviews inhérents à la méthodologie, tous les interviewers interrogent chaque catégorie professionnelle et s'appuient sur une grille d'entretien semi-directive. Tous les entretiens sont réalisés sur une courte période, limitant ainsi l'échange d'informations sur leur déroulement entre salariés. Il est de plus demandé aux salariés de ne pas dévoiler le questionnaire à leurs collègues.

Seules les informations enregistrées sont utilisées pour l'étude. Or, certaines informations intéressantes sont parfois données par les salariés une fois l'enregistrement arrêté ; il existe donc un biais de déperdition. La crainte de certains salariés sur le respect de l'anonymat peut les empêcher de se dévoiler complètement et entraîne un biais d'information.

La double lecture de l'encodage et l'analyse permettent de limiter les biais d'interprétation.

Le fait d'être 6 internes à réaliser une thèse qualitative permet de faire un grand nombre d'entretiens et d'obtenir une saturation des données. Cela permet également de faire une triangulation des sources pour améliorer la validité interne de l'étude avec 6 chercheurs dans toutes les différentes étapes.

1. Multiplier les modes de communication semble efficient

1.1. S'écrire ou se parler



Une étude de juin 2014 tente d'identifier les types de transfert d'informations, chez les infirmiers, associés à de meilleurs résultats pour les patients dans le milieu hospitalier et à une amélioration des résultats des processus de soins infirmiers. Après lecture de 2 178 références, dont 28 sont considérées comme potentiellement pertinentes, aucune preuve n'est disponible pour soutenir des conclusions sur l'efficacité des méthodes de transfert infirmier d'informations pour garantir la continuité des informations chez les patients. [15]

L'information circule au sein de l'association par différents circuits et de différentes manières, ce qui paraît potentialiser son impact. On peut opposer 2 grandes « cultures » : l'écrit et l'oral. Parmi elles, on distingue la transmission écrite par le biais du smartphone ou par le biais du support papier (appelé « cahiers » de transmissions). Par « transmission orale », on entend l'utilisation du téléphone via les appels (dont le smartphone), mais également les discussions en face à face entre collègues, en privé ou en réunion.

Ces 2 cultures peuvent à première vue se corrélérer au fait que 2 services cohabitent : le SSIAD regroupe les infirmiers et aides-soignants, tandis que le SAAD regroupe les auxiliaires, les employés et les agents et assure des prestations de services ménagers et d'aide à la personne pour les activités ordinaires et les actes essentiels de la vie quotidienne. On peut facilement imaginer que la formation des intervenants sur les transmissions est différente. La différence évidente étant la méthode d'organisation des transmissions écrites du SSIAD : les transmissions ciblées. [16]

Il apparaît dans les entretiens que chaque salarié utilise d'emblée et spontanément plusieurs modes de communication.

1.2. Pourquoi transmettre ?

Lorsque les salariés sont amenés à réfléchir sur les raisons pour lesquels ils transmettent, on remarque que les informations ne sont pas toutes données par devoir, par obligation ou à la demande d'une tierce personne. L'aspect médico-légal apparaît au premier plan. Effectivement la notion de transmettre une information pour ne pas induire l'autre en erreur et engendrer une faute est souvent exprimée.

Pourtant on découvre que nombreux sont les salariés qui expliquent que la bonne circulation des informations concernant le patient va, tout simplement, « faciliter » le travail de l'autre, lui faire gagner du temps, et lui rendre l'intervention plus confortable. Pour la majorité et indépendamment du mode de transmission, il est admis que transmettre une information permet souvent de se rassurer, de se « décharger » du stress dans les situations trop lourdes, et d'obtenir la meilleure sécurité pour le patient. Un article sur la transmission intergénérationnelle au sein d'un service de soins, souligne que « Lorsque le travail devient pénible, [...] le soutien de l'équipe est primordial, car il peut faire toute la différence entre

l'amertume du quotidien, le découragement et même les risques d'épuisement professionnel. » [17]

1.3. Différents interlocuteurs selon l'information

Par ailleurs, on peut dire d'après les résultats que l'information circule facilement de façon « horizontale », c'est-à-dire entre des salariés au domicile, pour tout ce qui a but d'améliorer la prise en charge par l'autre. Au contraire lorsque la situation est jugée « compliquée » et lorsque trop de questions se posent autour d'une situation, c'est le mode de transmission « hiérarchique » [18] qui apparaît rapidement.

Il est notamment rapporté fréquemment que le cas en question sera transmis aux cadres dans le but de résoudre la difficulté en obtenant des conseils, une diffusion de l'information aux salariés concernés, ou encore un appui pour faire intervenir un intervenant extérieur, notamment en cas de problème médical.

1.4. L'importance de l'écrit

En ce qui concerne le mode de communication, l'écrit est le plus utilisé. Avant tout pour son aspect médico-légal. Si les transmissions des intervenants ont longtemps été définies par des informations écrites à la main sur des cahiers dédiés, aujourd'hui au sein d'associations comme Anjou Soins Services, lorsque l'on parle de transmission écrite il peut s'agir aussi bien d'écrire des phrases construites sur papier, de « cocher » des tâches accomplies dans des tableaux, ou encore depuis l'arrivée du smartphone, de faire ressortir et compléter des « cibles » qui correspondent à l'information nécessaire à transmettre en fonction de la situation. Dans le cas du système informatique, chaque personne interrogée est satisfaite du fait que ce qui est transmis par ce biais est quasi-instantanément accessible à tous les autres intervenants.

Une exception est faite, pour les informations directement liées à l'état de santé de la personne. En effet, en raison du secret médical, les informations provenant du dossier médical ne sont accessibles qu'au personnel du SSIAD. En réalité les logiciels « Domi SSIAD » et « Domi SAAD » ne sont pas reliés.

1.5. Le papier : un lien avec le monde extérieur

Avec tous les avantages que le smartphone apporte on pourrait penser que les autres moyens de communications disparaissent. Mais même si l'utilisation du papier devient moins systématique, on se rend compte qu'elle est encore bien présente. En effet on découvre lors des entretiens que pour 18 salariés, le fait d'avoir plusieurs moyens de communication à disposition, les font douter sur la bonne circulation de l'information et ils admettent ainsi « doubler » leurs transmissions. Il s'agit parfois aussi tout simplement d'un manque de confiance envers les nouvelles technologies. D'autres ont expliqué trouver le logiciel trop imprécis, et le fait que les informations ciblées les brident.

En 2007, puis 2010, des évaluations des dossiers de soins en hôpitaux concernant l'utilisation du dossier de soins et des transmissions ciblées sont menées et mettent en évidence le fait que certaines transmissions, notamment toutes les transmissions à caractère social ou psychologique, ne sont pas transcrites, d'où une perte d'informations importante pour l'organisation générale du séjour du patient. [19].

Par ailleurs, les salariés tous postes confondus, évoquent le fait que l'utilisation du smartphone au sein de l'association ne permet pas au patient, ni aux aidants familiaux, d'accéder aux informations du dossier. C'est ainsi que toutes les informations qui leur sont destinées sont nécessairement écrites au domicile du patient. Il en est de même pour les intervenants extérieurs, du médical au paramédical, mais aussi assistantes sociales. Comme évoqué précédemment, le SAAD n'a pas accès au dossier médical et il est possible qu'un changement d'état du patient, lié à sa santé, ne puisse pas être signalé à ces employés par le biais du smartphone.

Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) regroupent en un seul service un SAAD et un SSIAD. Ils ont été créés en 2004, mais, en pratique, la mutualisation reste inachevée, car deux entités juridiques y coexistent, obéissant à des règles d'autorisation et de tarification distinctes. [20] [21].

De ce fait il n'existe pas d'informatisation à ce niveau et la communication se fait encore par le biais de classeurs.

Même si l'écrit reste le moyen le plus utilisé pour tout type d'intervenant, nous avons constaté qu'il est parfois à l'origine de conflits, par son côté impersonnel, venant probablement du fait qu'il s'adresse à un autre intervenant sans forcément le connaître.

1.6. L'oral pour faire face à l'urgence ou aux difficultés

Pour 100% des salariés, c'est en se parlant - par téléphone ou face à face - qu'une situation nouvelle, urgente, ou difficile doit être abordée. Là encore l'utilisation du smartphone est en cause puisqu'il permet aux salariés d'avoir systématiquement avec eux tout le répertoire de l'association et de pouvoir contacter directement un collègue. Mais c'est bien en dialoguant que les choses importantes se disent. Des réunions entre les salariés sont programmées régulièrement de façon à aborder certains cas de vive-voix et à plusieurs.

Bien que qualifiées de trop rares par les intervenants du SAAD, car elles n'entrent pas dans le cadre de leurs activités financées [22], elles peuvent toutefois être « déclenchées » en cas de difficulté plus urgente à résoudre. Il apparaît que ces réunions apportent des bénéfices à la prise en charge des patients. Notamment pour permettre de se transmettre des informations « méconnues »

1.7. Un travail collectif pour recueillir plus d'informations

L'avantage d'être plusieurs à intervenir auprès d'un même patient permet d'avoir des avis différents et de recueillir plus d'informations. Il est donc ainsi possible de mettre en commun les différentes connaissances de chacun. Cela aide à adapter sa prise en charge ultérieure. « Dans le domaine de la santé, il est généralement reconnu que la collaboration (...) constitue un élément essentiel de la qualité et des résultats des soins » [23].

Une étude montre que dans les réseaux informels (avec des personnes ne travaillant pas au sein d'une même association ni d'un même organisme), chaque professionnel a « rarement une vision transversale de la prise en charge du malade ». Ceci est dû aux « cloisonnements » entre groupes professionnels et aux difficultés rencontrées (temporelles en particulier, du fait de la charge de travail, des horaires non maîtrisés et de l'absence d'organisation commune) » [24].

Les réunions semblent jouer un rôle très important pour le partage d'informations. Elles permettent de repérer les patients confus, de s'interroger sur le côté manipulateur de certains ou de découvrir des informations parfois cachées ou non dites par les patients. Elles permettent également de s'apercevoir que chacun détient des informations différentes sur un même patient, que tout le monde n'a pas perçu la même chose. Les réponses que les soignants se posent sur un patient naissent souvent de l'analyse collective pluri- professionnelle nourrie des connaissances parcellaires de chacun.

Echanger permet de libérer les synergies, « d'élucider les problèmes survenus au cours de soins, pour identifier l'évitable dans le respect de tous, les patients et les autres soignants ». [23]

Les réunions contribuent donc à une meilleure prise en charge des patients. Cela peut être comparé à la survenue d'évènements indésirables en soins de premier recours, où « en l'absence des autres soignants impliqués autour du patient, l'analyse systémique des cas s'avère partielle. Elle est davantage centrée sur la problématique du soignant qui expose le cas que sur l'ensemble de la prise en charge du patient et ses dysfonctionnements ». [25]

1.8. Une communication compliquée avec le médecin traitant

Il a été exprimé dans les entretiens qu'en ce qui concerne les intervenants extérieurs, la communication est particulièrement difficile à établir avec le médecin traitant. Les raisons évoquées sont essentiellement le manque de temps et de disponibilité du médecin et la difficulté à le joindre par téléphone. Ensuite, on note un fort sentiment de manque de considération de la part du personnel non infirmier, qui avoue ne pas oser ni avoir la possibilité de dialoguer avec le médecin.

La plupart vont d'emblée transmettre l'information à un supérieur hiérarchique afin d'être entendu, tandis que d'autres, qui ont déjà eu à faire avec un problème médical à régler, se plaignent de ne pas avoir été écoutés, ou encore de ne pas avoir reçu de réponse directe du médecin en échange de leur demande. Une étude de Québec en 2001, sur la collaboration entre les médecins traitants et les intervenants à domicile, évoque le fait que finalement ils ne sont pas amenés à collaborer fréquemment entre eux du fait du turn-over important des salariés et semblent éprouver des difficultés de communication du fait qu'ils se connaissent peu.

Conséquemment, il peut résulter chez ces différents professionnels « une pratique parallèle sans réelle complémentarité. » [26]

1.9. Une communication délicate avec le monde hospitalier

« Le vieillissement de la population a pour conséquence une augmentation du nombre de patients âgés hospitalisés. Cette augmentation du taux d'hospitalisation va de pair avec une augmentation des réhospitalisations puisque chez les personnes âgées de 70 ans ou plus 39,3 % sont ré-hospitalisées dans l'année » [27].

Quelques professionnels interrogés ont évoqué le lien avec l'hôpital. Celui-ci semble parfois poser problème à la fois pour les « nouveaux » patients pris en charge par l'association et méconnus de celle-ci, mais également pour les anciens patients revenant d'un séjour hospitalier à leur domicile.

Cependant les retours d'hospitalisation semblent mieux s'organiser lorsque le séjour est long, en effet les cadres ont davantage de temps pour recueillir les informations nécessaires auprès des médecins. Lors des séjours de courte durée cette organisation est plus difficile à mettre en place et les professionnels de ville manquent parfois d'informations pour adapter la prise en charge à une situation jugée nouvelle.

Le besoin de ces professionnels d'association d'aide à domicile est de recueillir l'information concernant la situation médicale du patient afin d'élaborer un plan d'aide adapté et ainsi limiter les réhospitalisations.

2. Discussion sur la construction de la relation

2.1. Une relation basée sur la confiance

Une étude qualitative de Stéphanie Guillaume (Irdes), Zeynep Or (Irdes) publiée en 2016 sur la satisfaction des personnes âgées, en termes de prise en charge médicale et de coordination des soins, montre que les personnes interrogées considèrent que « la relation avec les professionnels de santé est l'élément crucial de la qualité de prise en charge et de la satisfaction. La confiance qu'elles

accordent aux professionnels de soins se construit à travers le respect qu'on leur accorde, la qualité d'écoute qu'elles reçoivent et sur la possibilité qu'elles ont de s'exprimer et de s'impliquer dans les décisions qui les concernent ». [28]

Il apparaît ici, au cours de nos différents entretiens menés au sein de l'association, que la relation de confiance entre le patient et le soignant est primordiale pour obtenir des informations.

A ce même propos, A. Vasseur et M-C. Cabie notent que la construction de la relation est « primordiale dans le processus thérapeutique, et dépend essentiellement de l'instauration d'un climat de confiance mutuelle ».

Il est indispensable que le patient fasse confiance au soignant. Cela implique également la confiance du soignant dans les capacités et les compétences du patient. [29]

Ce lien de confiance est tellement important aux yeux des salariés que certains disent ne pas transmettre certaines choses sur le cahier de transmission visible par le patient afin de ne pas le blesser et ne pas nuire à cette relation soignant-soigné.

2.2. Des prises d'initiatives

Il semble exister un réel investissement personnel de la part des salariés. Celui-ci est souvent « intégré » au quotidien de la personne âgée ainsi que de sa famille. Il permet de connaître les habitudes du patient, les éléments cliniques ou les attitudes inhabituelles pouvant alerter. Leur connaissance du patient mêlée à leur expérience professionnelle leur permet de prendre, dans des situations parfois délicates, des décisions « à l'instinct » notamment dans des situations urgentes comme une chute ou des infections. Ces prises d'initiatives sont souvent soulignées par les cadres et encouragées du moment qu'elles restent signalées. Elles sont surtout présentes chez les infirmières, mais sont également remarquées dans toutes les catégories de métier, en particulier les agents à domicile, dont le poste est pourtant très codifié.

2.3. Une relation différente selon les intervenants

Les informations recueillies sont différentes en fonction du statut des salariés. Elles sont beaucoup corrélées à la connaissance qu'a le salarié du patient et donc souvent au temps passé avec lui ; mais aussi bien sûr à l'envie de l'intervenant

d'obtenir des informations. Comme dans toute relation entre deux personnes, le caractère de l'intervenant joue un rôle non négligeable dans la construction de la relation. La personnalité des intervenants constitue « un paramètre sous-jacent toujours présent et parfois déterminant ».

Ce paramètre est en grande partie « neutralisé par les formations et les ritualisations » qui organisent à la fois les comportements des soignants et ceux des malades. Cependant une communication pleinement efficace se doit « de ne pas occulter ces aspects personnels parfois primordiaux. » [30]

Les personnes les moins qualifiées de l'association connaissent souvent mieux les patients et ont alors davantage ce rôle de confident.

Les soignants reconnaissent que les aidants arrivent à obtenir plus d'informations sur les patients. Il est démontré que les soignants constituent « une catégorie hétérogène avec des répartitions fonctionnelles et des compétences de plusieurs niveaux, et donc des comportements plus ou moins formalisés et formalisables ». Les modes d'interactions des médecins ne sont pas les mêmes que ceux des infirmières, qui diffèrent eux-mêmes de ceux des aides-soignantes et des agents. La proximité des aide-soignants et aides de vie avec les patients, inhérente à leurs statuts, contraste avec les relations formalisées entretenues par les infirmières et médecins avec les malades. Au quotidien les aide-soignants et les aides de vies « plaisantent et rient, rendent des petits services et entament entre elles des conversations « futiles » auxquelles les malades sont volontiers invités à participer » [30].

2.4. Un diagnostic caché au patient

La volonté de certaines familles de préserver le patient en lui cachant sa maladie peut amener à un lien triangulaire délicat avec un partage d'informations sur la pathologie entre les soignants, les aidants et la famille sans y intégrer le patient. Il peut alors être plus compliqué de construire une relation sincère avec le patient en partant de cette base de diagnostic dissimulé.

Cela peut mettre les salariés en difficulté car ils doivent faire attention à ne pas commettre un impair en présence du patient. Cette notion peut surprendre car elle semble contraire à la loi. « La famille a une place importante dans l'accompagnement de la personne malade, même si vivre auprès d'elle peut s'avérer souvent compliqué et difficile. Les informations médicales sont avant

tout destinées au patient. C'est à lui que revient la décision d'informer ou non ses proches. Le médecin doit demander au patient l'autorisation d'informer la famille, chaque fois que cela est possible. » [31]

2.5. Quel langage utiliser ?

Le langage médical est utilisé entre soignants afin d'avoir une terminologie exacte pour bien se comprendre, savoir précisément de quoi on parle. Les soignants sont formés à ce langage médical. Un langage différent est également parfois utilisé entre soignants et soignant-patient à base de sigles afin que le patient ne comprenne pas tout, comme l'exemple de la SEP pour désigner la sclérose en plaques. « Parler la même langue est la condition fondamentale du dialogue, et les terminologies spécifiques, au cœur des discours des professionnels de santé, brouillent souvent les échanges » avec les patients. Des mésententes, liées à des problèmes dans l'élaboration des savoirs, de leur transmission à leur appropriation ont été rapportées. [32]

« L'écueil essentiel réside dans le « jargon » médical, autrement dit les termes et la phraséologie propre à l'activité médicale ». Le partage de notions et terminologies communes est essentiel aux bonnes relations interindividuelles, « intervenant tout à la fois dans la communication avec les médecins et les équipes médicales, dans les échanges autour de la maladie avec les proches et d'autres patients, dans la lecture du dossier médical ». [32]

2.6. Une (mauvaise) influence des transmissions ?

Comme l'a rapporté une auxiliaire de vie, il semble légitime de s'interroger sur l'influence des transmissions sur l'objectivité de la prise en charge des patients au domicile lorsqu'elles portent sur la personnalité du patient. L'obtention d'informations concernant un patient permet au soignant d'avoir une idée du patient dont il s'occupe. Cela peut donc le mettre en confiance, lui permettre de mieux préparer ou anticiper cette rencontre. Mais lorsque les transmissions font état de problèmes relationnels, il est possible que le soignant ait un a priori sur le patient avant de le rencontrer et que cela puisse avoir une mauvaise influence sur leurs relations futures.

3. Discussion sur la réflexion éthique

Il ressort de nos entretiens une réflexion éthique de la part de tous les salariés de l'association Anjou Soins Services, à plusieurs niveaux : de la prise en charge du patient, la sélection des informations transmises sur le patient, jusqu'à leur réflexion sur les prises de décisions en fonction de la situation clinique, toujours dans l'intérêt du bénéficiaire.

3.1. Quelles informations transmettre ?

Beaucoup notent l'importance de réfléchir à leurs actions, ce qu'il faut ou non faire et surtout ce qu'il faut dire, à la personne, aux collègues, à la famille, aux responsables... Quelles informations a-t'on le « droit » de dire ou de noter, et quelles sont celles « obligatoires » à transmettre.

Ainsi, certains vont avoir une attitude très « médico-légale » dans leur réflexion, en notant avec soin tout ce qu'ils ont réalisé au domicile pour justifier d'une intervention bien effectuée. Ils n'hésitent pas à soulever une intervention qui s'est mal passée ou une constatation d'une situation délicate (violence, agression verbale) afin de « se couvrir ».

Beaucoup soulignent une diffusion des informations si elle est « utile » dans la prise en charge du patient. Mais alors où placer la limite entre une information considérée intime et celle « utile » à la prise en charge? Les définitions du soin, du secret et de l'intimité du patient restent, en effet, souvent différentes selon chaque intervenant. Cependant, beaucoup réfléchissent aux informations transmises en respectant « l'intérêt du patient », en s'attachant à maintenir une relation de confiance avec lui et en participant à la « bonne poursuite de la continuité des soins ». A noter que pour les aider sur le type d'informations à transmettre, ils bénéficient, s'ils le souhaitent, de formations pour les aider à sélectionner objectivement les informations.

3.2. Lien avec le patient

Nous avons interrogé de nombreux intervenants à domicile s'occupant majoritairement de personnes âgées dépendantes pour certaines, démentes, dont le recueil d'un accord sur la transmission d'informations s'avère difficile et est le plus souvent à la charge de l'aidant principal ou de la personne de confiance.

Il reste cependant évident que la plupart du temps l'accord sur la communication des informations le concernant n'est pas demandé au bénéficiaire, qui n'a même parfois pas accès aux informations sur sa santé de la part du médecin ou de sa famille et cela afin de le protéger d'un « pronostic qu'il ne saurait supporter ».

3.3. La notion du « travailler ensemble »

A l'heure où est encouragé le « travailler ensemble » se pose donc la question du secret médical partagé : quelles informations peut-on considérer comme utile à connaître et donc à transmettre pour la prise en charge du patient notamment avec les intervenants extérieurs à l'association? Doit-on mettre à disposition des carnets au domicile qui restent accessibles à la famille et aux intervenants non concernés par la prise en charge ? Est-il éthique de faire des réunions pour discuter entre équipe de situations de patient avec des salariés non concernés par l'intervention ? Doit-on limiter l'accès aux données aux salariés non soignants mais s'occupant du patient tous les jours ?

Certains salariés dénotent un manque d'informations utiles pour leur prise en charge au domicile comme les agents ou les auxiliaires qui ne « s'occupent pas des soins » mais vivent ce « secret professionnel » et le refus de communication d'informations de la part des soignants ou du médecin comme un « manque de considération sur leur importance au quotidien auprès du patient et une sous-estimation de leur nécessité dans la prise en charge de ce dernier ».

Pour certains professionnels comme Patricia Cordeau, d'UNA-Ile-de-France, « l'auxiliaire de vie sociale est le premier relais d'information. Elle est au plus près des publics fragilisés, plus présente que le médecin ou la famille dans certains cas ».[33]

La nouvelle loi Santé du 26 janvier 2016 [34] renforce cette notion de respect de la vie privée du patient. «Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un des services de santé définis au livre III de la sixième partie, un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant» et précise que ce secret s'impose « à tous les professionnels intervenant dans le système de santé ». [34].

D'autre part, elle souligne que les informations relevées et partagées au sein

d'une même équipe de soins (que les professionnels soient ou non soignants) n'exigent pas l'accord de la personne: «partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par le patient à l'ensemble de l'équipe » [35]. De plus, la nécessité hors équipe de l'accord du patient reste en droit, selon Le IV du nouvel article 1110.4, d'être informée de tout partage d'informations le concernant et « peut exercer à tout moment son droit d'opposition à l'échange ».

Se pose toujours la question de définir quels types d'informations sont considérées comme « strictement nécessaires » ?

3.4. Qui est soumis au secret professionnel ?

Pour ce qui est du secret professionnel, la violation du secret professionnel est un délit puni pénalement par une peine d'un an d'emprisonnement et de quinze mille euros d'amende (article 226-13 du Code pénal). Mais le Code pénal renvoie au Code de l'action sociale et des familles quant à la détermination des professionnels soumis au secret professionnel. « Or, aujourd'hui, ni la loi, ni le juge n'ont considéré l'aide à domicile comme étant susceptible d'être poursuivie pénalement pour avoir violé le secret professionnel [...]La convention collective de branche de l'aide à domicile prévoit que « l'immixtion dans la vie privée et l'intimité des usagers oblige l'intervenant à une obligation de discrétion sur tous les faits de nature à constituer une atteinte à leur vie privée » ». [33]

3.5. L'importance du dossier médical partagé



Toutes les autorités de santé publique, reconnaissent l'intérêt d'un partage des informations pour «une bonne coordination des soins avec la création dans les années à venir d'un dossier médical partagé, où le patient va être acteur de sa santé et des informations le concernant, avec une modification par ce dernier en temps réel de l'accès aux informations concernant sa santé aux professionnels qu'il souhaite.» [36]

D'autres études ont également étudié ce partage d'informations entre différents professionnels notamment en Franche-Comté avec un dossier de liaison papier consultable par tous au domicile [37].

Cette initiative est globalement appréciée des patients dépendants qui peuvent

là aussi contrôler les informations diffusables ; ce qui n'est pas le cas au sein de l'association avec le nouveau moyen de communication qu'est le smartphone , propriété de chaque intervenant et seulement consultable entre les professionnels d'une même catégorie. Se pose aussi la question du partage d'informations au domicile avec notamment des fiches indiquant les traitements accessibles à du personnel non médical et aux aidants familiaux comme réalisé par Me MIOTTO pour la réalisation d'un dossier de soins commun dans la région de FRONTENEX [38]. D'où l'intérêt de fixer à l'avance et de communiquer au patient lors de la constitution du dossier partagé le type d'informations transmises entre les professionnels le prenant en charge.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Cette étude permet de montrer que différents facteurs influencent la transmission d'informations, entre les professionnels de santé au sein d'une association d'aide et de soins à domicile, autour du sujet âgé dépendant.

On retrouve d'une part la position hiérarchique du salarié, son autonomie et sa prise d'initiative mais aussi la qualité de la relation entre le soignant et le patient. D'autre part, l'aspect médico-légal à travers la traçabilité écrite occupe une place importante.

Aucun mode de communication ne semble prédominer sur un autre. On voit à travers cette étude que leur variété permet d'obtenir une circulation de l'information plus complète et adaptée à chacun, afin d'optimiser la sécurité et le confort du patient.

Pour se faire les intervenants doivent s'entraider pour assurer une vigilance suffisante vis-à-vis du patient. Une relation de qualité basée sur la confiance entre le soignant et le patient est un socle fondamental pour que le patient soit à même de confier des informations importantes au soignant. Le travail en équipe permet de mettre en commun les connaissances de chacun afin d'obtenir une prise en charge adaptée aux besoins du patient.

Il ressort par ailleurs une réflexion systématique, de la part de chacun des membres de l'association, sur leurs actions et la transmission des informations qu'ils reçoivent. Le travail d'équipe, et celui en réseau, amène à se poser la question de la définition du secret professionnel ainsi que celle du secret partagé, comme l'incite à le faire la nouvelle loi de santé, toujours dans le respect des droits des patients.

Les résultats de cette étude concernant le secret partagé, interrogent sur l'utilisation du dossier médical commun du patient par tous les professionnels travaillant ou non dans la santé comme le cas des médecins généralistes en cabinet de groupe ou salariés en structure de soins.

Doit-on écrire dans le dossier tout ce que le patient nous dit en consultation ou certains éléments relèvent-ils de l'intime ? Ne pas transmettre telle ou telle information risque-t-il d'altérer la qualité des soins donnés par le collègue ? Le

secret médical prévaut-il entre plusieurs collègues d'un même cabinet travaillant sur le même logiciel ? Que peut-on communiquer comme informations à un conjoint, à une famille notamment dans le cas d'une altération de l'autonomie chez la personne concernée ?

De plus, un des éléments important à travailler est le lien entre les associations d'aides au domicile et le médecin généraliste, qui est nécessaire pour faciliter le travail et pourtant peu utilisé, le plus souvent par manque d'habitude. Il a été observé dans notre étude que les professionnels de santé étaient demandeurs d'une communication importante avec les médecins et qu'une partie des informations détenues par les professionnels de l'association pourraient intéresser ces derniers (patients hospitalisés, observance, état psychologique, addictions ...).

Ceci nous amène à réfléchir à la manière d'améliorer la transmission interprofessionnelle des informations.

Ainsi, il pourrait être intéressant d'étudier la connaissance que les médecins généralistes ont des services d'aides au domicile et de l'apport qu'il peut y avoir à travailler en collaboration.

Une autre étude pourrait évaluer comment améliorer la communication entre tous ces professionnels; par exemple donner au médecin un accès limité au dossier des aides au domicile via une plate-forme internet, ou via un interlocuteur unique qui centraliserait toutes les informations des aides au domicile et communiquerait avec le médecin.

En tant que médecins en début d'exercice, nous nous posons la question de savoir, à partir des informations que les aides à domicile se transmettent, quelles pourraient être celles que les médecins trouveraient utiles à partager. En effet, les aides à domicile peuvent alerter lorsqu'elles assistent à une situation « d'urgence » mais aussi donner des informations plus précises sur le quotidien du patient, son milieu de vie et son niveau de dépendance. Ce sont des informations qui peuvent faire défaut en consultation lorsqu'un médecin remplit des certificats pour l'établissement de plans d'aides (grille AGGIR des dossier APA, certificat MDA ...). En effet, les médecins ont souvent comme unique interlocuteur sur le terrain les infirmiers ou le cadre.

L'association dans laquelle notre étude a été faite, remplit régulièrement des grilles AGGIR et a déjà réalisé des grilles d'évaluation de la « fragilité » d'un patient avec des informations sur l'autonomie, les incapacités et les handicaps éventuels.

Bien entendu, il se pose en parallèle la question du consentement du patient à la divulgation des informations et de son attitude éventuelle face aux possibilités de communications nouvelles entre les associations d'aide au domicile et le médecin généraliste.

Concernant l'amélioration des échanges entre le milieu hospitalier et la ville, la mise en place d'outils de communication semble pertinente. De plus, privilégier les échanges entre cadres et médecins lors de réunions dédiées, par exemple, pourrait optimiser la prise en charge du patient lors de son retour au domicile et limiter les réhospitalisations.

Enfin, notre étude s'est intéressée à la circulation de l'information exclusivement au sein d'un SPASAD avec des salariés qui côtoient fréquemment les patients. Or, d'autres intervenants jouent également un rôle important auprès des personnes âgées dépendantes, comme le médecin généraliste (déjà évoqué précédemment) mais aussi le pharmacien, le kinésithérapeute, l'ergothérapeute etc. Une autre étude pourrait être réalisée afin d'étudier la transmission d'informations entre tous ces différents intervenants médicaux et paramédicaux, ainsi que leur ressenti.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Robert-Bobee I, division Enquêtes et études démographiques, INSEE. La population continue de croître et le vieillissement se poursuit. [en ligne]. France : INSEE ; 01/07/2006 [consulté le 01/12/2016]. 4p. publication N°1089. Disponible : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1089
- [2] Plancade JM. Les conséquences macroéconomiques du vieillissement démographique. [En ligne]. France : sénat ; 2000 [consulté le 01/12/2016]. 97p. rapport n°143. Disponible : <https://www.senat.fr/rap/r99-143/r99-143.html>
- [3] Chassagne F, Pergament M, Faitot M. Baromètre Prévoyance. [En ligne] France : Baromètre TNS-SOFRES ; novembre 2007 [consulté le 01/12/2016]. 32p. Disponible : <http://www.tns-sofres.com/publications/barometre-prevoyance-dependance-novembre-2007>
- [4] Agnes V, Avril JF, Barbosa G, Derlot C, Drame M, Fuertes C et al. Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes : une politique complexe et ambiguë. [Module interprofessionnel de santé publique]. France : école des hautes études en Santé publique ; 2012. 57p. Disponible : http://documentation.ehesp.fr/memoires/2012/mip/groupe_3.pdf
- [5] Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes. Aide à domicile. [En ligne]. France : Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes ; 18/12/2014 [mis à jour le 13/12/2016, consulté le 01/12/2016]. 6p. Disponible : <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees-autonomie,776/dossiers,758/aide-a-domicile,886/aide-a-domicile,17581.html>
- [6] KUBIAK Y, ARS Lorraine, INSEE. Personnes âgées dépendantes : le maintien à domicile, solution privilégiée mais exigeante. [En ligne]. France : ARS Lorraine et INSEE ; 10/07/2012 [consulté le 01/12/2016]. 5p. publication n°299. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1292722>
- [7] Bas P. Plan solidarité grand âge. [En ligne]. France : Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille ; 27/06/2006 [consulté le 01/12/2016]. 39p. Disponible : http://www.cnsa.fr/documentation/plan_solidarite_grand_age_2008.pdf
- [8] Gentil M, Strubel D, université et faculté de médecine de Montpellier. Étude sur le recours du médecin généraliste aux aides médico-sociales pour le maintien à domicile de la personne âgée dépendante dans le Gard. [thèse]. France : [S.I.] : [s.n.] ; 2009. 12p. Disponible : <http://www.sudoc.fr/134541995>
- [9] Aubry R. Le travail en réseau : de nouvelles pratiques, de nouvelles fonctions, une nouvelle culture : quelles formations ?. 19 au 21/08/2008. Nantes. 14ème congrès de la SFAP. Elsevier Masson SAS. 08/2008.

[10] Luc Cartigny. L'accompagnement des malades âgés : travailler ensemble pour mieux soigner. [en ligne]. Journée organisée par la Délégation à la Formation et au Développement des Compétences de l'AP-HP ; 2008. Paris. France : pôle audiovisuel et multimédia de l'AP-HP [consulté le 01/12/2016]. Disponible : <http://www.sudoc.fr/128238410>

[11] Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. Qual Saf Health Care. 2004 ; 13(1):i85-i90.

[12] ministère du travail, des relations sociales, de la famille, des solidarités et de la ville et ministère de la santé et des sports. Référentiel de formation du diplôme d'état d'infirmier. [en ligne]. France : ministère du travail, des relations sociales, de la famille, des solidarités et de la ville et ministère de la santé et des sports ; 15/08/2009 [consulté le 01/12/2016]. 10p. arrêté n°2009/7 annexe III. Disponible : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_3.pdf

[13] Loret X, Briend P, université de Rennes, université européenne de Bretagne. Usage d'un carnet de liaison afin d'améliorer la communication interdisciplinaire et le maintien à domicile du patient dépendant: étude qualitative auprès de professionnels de soins bretons. [Thèse]. France : [S.I.] : [s.n.] ; 2014. 78p. Disponible : <http://www.sudoc.fr/178325503>

[14] Anjou Soins Services Accompagnement. Anjou Soins Services Accompagnement : Accueil. [en ligne], [consulté le 07/01/2017]. Disponible : <http://www.anjousoinsservices.fr/>

[15] Smeuler M, Lucas C, Vermeulen H. Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. The Cochrane Library. [en ligne]. 24/06/2014 [consulté le 01/12/2016]. 6(1):10.1002/14651858.CD009979.pub2. Disponible : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009979.pub2/abstract;jsessionid=7AA51A3BB067814D8C3B323B4A971FD0.f03t04>

[16] CHU de Nîmes. Référentiel dossier de soins 2011. [en ligne]. France : CHU de Nîmes ; 2011 [consulté le 01/12/2016]. 30p. rapport n° MDPA003A. Disponible : http://www.chu-nimes.fr/docs/professionnels/referentiel_dossier_de_soins.pdf

[17] Phaneuf M. L'entraide et la transmission intergénérationnelle des connaissances : une assurance pour l'avenir [en ligne]. 01/2014 [consulté le 01/12/2016]. Disponible : http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2014/01/QLentraide_et_la_transmission_intergenerationale_des_connaissances-une-assurance-pour-lavenir.pdf

[18] Gottcheiner A. Un modèle pour la circulation des informations. Pyramides. [en ligne]. 2004/09/01 [consulté le 01/12/2016] ; 8(1):149-154. Disponible : <https://pyramides.revues.org/389>

[19] Siguie I. Les transmissions ciblées : du raisonnement clinique à la qualité des pratiques professionnelles. [Mémoire] Tahiti : Centre Hospitalier du TAAONE ; 09/2011. 45p. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00988365/document>

[20] BAVAY B, HENON I. Le SPASAD : un atout dans l'amélioration de la prise en soins à domicile. [Mémoire]. France : université Paris Descartes, faculté Cochin. 2013. 59p. disponible : <http://plone.vermeil.org:8080/ehpad/Bibliotheque/Memoires/memoires-2013-2014/Le%20SPASAD-%20un%20atout%20dans%20lamelioration%20de%20la%20prise%20en%20soins%20a%20domicile%20-%20Bertrand%20BAVAY.pdf>

[21] ministère de la santé des affaires sociales et du droit des femmes, agences régionales de santé, assurance maladie. Fiche pratique SAAD, SSIAD et SPASAD. [en ligne] France : ministère de la santé des affaires sociales et du droit des femmes, agences régionales de santé, assurance maladie ; 11/2014 [consulté le 01/12/2016]. 4p. Disponible : <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/6-SSIAD.pdf>

[22] caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie, direction générale de la cohésion sociale. Etude des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile et des facteurs explicatifs de leurs coûts. [en ligne]. France : caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie, direction générale de la cohésion sociale ; 05/2016 [consulté le 01/12/2016]. 230p. Disponible : http://www.cnsa.fr/documentation/enc_saad_2016_rapport_vdef.pdf

[23] 346-travailler_ensemble_pour_mieux_soigner_-_partie_2_organiser_les_soins_souvent_ensemble,_chacun_dans_son_role.pdf Revue Prescrire - Sommaire du N°346 Août 2012 [Internet].[cité 13 janv 2017]. Disponible: <http://www.prescrire.org/Fr/SummaryDetail.aspx?Issueid=346>

[24] Sarradon-Eck A, Vega A, Faure M, Humbert-Gaudart A, Lustam M. Créer des liens : les relations soignants-soignants dans les réseaux de soins informels. revue épidémiologique et de santé publique. [en ligne]. 07/08 [consulté le 01/12/2016] ; 56(4)197-206. Disponible : <http://www.em-premium.com/buadistant.univ-angers.fr/article:181211/resultatrecherche/1>

[25] Prescrire. Petit manuel de Pharmacovigilance : 1.31 - Analyser un événement indésirable en soins de premier recours : une démarche collective des soignants impliqués [En ligne].France : Prescrire. 11/2011 [consulté le 01/12/2016]. Disponible : <http://www.prescrire.org/Fr/101/325/47339/0/PositionsDetails.aspx>

[26] Aubin M, Vezina L, Bergeron R, Laberge A. Collaborations entre les médecins de famille et les équipes de maintien à domicile : Est-ce possible ? [En ligne]. Canada : the college of family physician of Canada ; 04/2001 [consulté le 01/12/2016]. 8p. Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2018412/>

[27] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Le panorama des établissements de santé. [En ligne] France : Ministère des Affaires sociales et de la Santé ; 2014 [Consulté le 01/12/2016]. 174p. Disponible : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2014.pdf>

[28] Guillaume S, Zeynep Or. La satisfaction des personnes âgées en termes de prise en charge médicale et de coordination des soins : une approche qualitative exploratoire. [En ligne]. France : institut de recherche et de documentation en économie de la santé ; 01/2016 [consulté le 01/12/2016]. 6p. publication n° 214. Disponible: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/214-la-satisfactiondes-personnes-agees-en-termes-de-prise-en-charge-medicale-et-de-coordinationdes-soins.pdf>

[29] Vasseur A, Cabie MC. La relation de confiance, fondement de la résilience en psychiatrie - Cairn.info [Internet]. [Consulté le 01/12/2016]. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-page-43.htm>

[30] Cosnier J, Grosjean, Lacoste. Les interactions milieu soignant. Soins et communication, approches interactionnistes des relations de soins. [En ligne]. 1993. [consulté le 01/12/2016] ; 17-32. Disponible sur : http://icar.univ-lyon2.fr/membres/jcosnier/articles/III-6_Les_interactions_milieu_soignant.pdf

[31] Institut National Du Cancer. Famille - Information de l'entourage. [En ligne]. 24/05/05 [mis à jour le 21/03/2016 ; consulté le 01/12/2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Aider-un-proche-malade/Information-de-l-entourage/Famille>

[32] Carretier J, Delavigne V, Ferves B. Du langage expert au langage patient : vers une prise en compte des préférences des patients dans la démarche informationnelle entre les professionnels de santé et les patients. Sciences Croisées. [En ligne]. 17/12/2013 [consulté le 01/12/2016] ; 6(1):1-24. Disponible : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00918119/document>

[33] Keninsberg PA. Aide et soins professionnels au domicile des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : Dossier thématique réalisé à partir d'une sélection d'articles de la Revue de Presse nationale et internationale couvrant la période de novembre 2010 à novembre 2012 [En ligne]. France : Fondation Mederic Alzheimer. 01/2013. [Consulté le 01/12/2016]. Disponible : https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiA65aD_LTRAhUEWBoKHauHB2wQFgg-mMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.fondation-mederic-alzheimer.org%2Fcontent%2Fdownload%2F15269%2F67378%2Ffile%2FFMA%2520Dossier%2520th%25C3%25A9matique-n%25C2%25B01-Aide%2520et%2520soins%2520professionnels%2520%25C3%25A0%2520domicile.pdf&usg=AFQjCNFrYA6z6A_WyEUdayxYuohGpi5ZeA&bvm=bv.142059868,d.d2s

[34] Daadouch C. Loi Santé du 26 janvier 2016 : le secret professionnel soumis à la logique du Dossier Médical Personnel. [En ligne]. 07/02/16 [consulté le 01/12/2016]. Disponible : <http://secretpro.fr/blog/christophe-daadouch/secret-et-partage-loi-sante-janvier-2016>

[35] Journal officiel. Décret relatif à l'action de groupe en matière de santé. [en ligne]. France : Journal officiel. 26/09/2016 [consulté le 01/12/2016]. 4p. décret n° 2016-1249. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/9/26/AFSP1616020D/jo/texte>

[36] Fieschi M. Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins. [en ligne]. France : Rapport au ministre de la santé de la famille et des personnes handicapées ; 01/2003 [consulté le 01/12/2016]. 56p. Disponible : http://es-ante.gouv.fr/sites/default/files/Rapport_Fieschi_mai_2003.pdf

[37] Perrot P, Baudier F, Schmitt B. Le dossier de liaison du patient dépendant à domicile : complément ou alternative au dossier électronique ?. Santé publique. [En ligne]. 02/2005 [consulté le 01/12/2016]. 17:227-232. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2005-2-page-227.htm>

[38] Miotto épouse Cambin N, Pons S. Le dossier de soins partagé à domicile : facteur clef d'une prise en charge de qualité. [mémoire]. France : Université Paris Descartes ; 2015. 54p. disponible : <http://plone.vermeil.org:8080/ehpad/Bibliotheque/Memoires/memoires-2014-2015/68%20-%20Memoire%20MIOTTO%20CAMBIN%20Nathalie.pdf>

[39] Observatoire des inégalités. La pauvreté augmente chez les jeunes mais aussi chez les seniors [En ligne]. 8/12/2012 [consulté le 05/03/2015]. Disponible : <http://www.inegalites.fr/spip.php?article373>

[40] Martial F., Naudy-Fesquet I., Roos P. Tronyo J. Tableaux de l'économie Française. France : INSEE ; 20/02/2015 [consulté le 05/03/2015]. 272p. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288637>

[41] Davin B, Paraponaris A. Vieillesse de la population et dépendance, un coût social autant que médical. Question de santé publique de l'institut de recherche en santé publique. [En ligne]. 12/2012 [consulté le 05/03/2015]. 19 :1-4. Disponible : http://www.iresp.net/iresp/files/2013/04/121220141528_iresp_qsp-n-19_dec_2.pdf

[42] Assemblée nationale. Question écrite posée par M.Jacques Lamblin, député de Meruche et Moselle à Mme la ministre déléguée auprès de la ministre des affaires sociales et de la Santé chargée des personnes âgées et de l'autonomie. [En ligne]. France : assemblée nationale ; 14/01/2014 [mise à jour avec la réponse 17/06/2014, consulté le 05/03/2015]. 2p. Question écrite N° 47622. Disponible : <http://questions.assemblee-nationale.fr/q14/14-47622QE.htm>

[43] POUJOL R. Semaines sociales de France : La dépendance, au-delà du seul financement, un choix de société ; Mars 2013 ; France : semaine sociale de France ; mars 2013. 8p. Disponible : http://www.ssf-fr.org/offres/doc_inline_src/56/DE9pendance+SSF+3-1%5B0%5D.pdf

[44] Magniez A M. Maintien à domicile des personnes âgées. Elsevier Masson SAS. [En ligne]. 06/05/2014 [consulté le 05/03/2015] ; 10.1016/S1877-7848(14)67322-6. Disponible : <http://www.emconsulte.com/article/892589/maintien-a-domicile-des-personnes-agees>

[45] Ministère en charge des affaires sociales et de la santé. Portail de validation des acquis de l'expérience : rôle et compétences des auxiliaires de vie. [En ligne]. 02/11/1999 [consulté le 05/03/2015]. Disponible : <http://vae.asp-public.fr/index.php?id=fr95>

[46] Ministère du travail des relations sociales de la famille de la solidarité et de la ville. Ministère de la santé et des sports. Rôle et compétences de l'IDE. [en ligne]. France : Ministère du travail des relations sociales de la famille de la solidarité et de la ville. Ministère de la santé et des sports. 15/08/2009 [consulté le 05/03/2015]. 9p. arrêté n°2009/7 annexe II. Disponible : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf

[47] Marquier R, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail de la Solidarité et de la Fonction publique, Ministère de la Santé et des Sports Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Réforme de l'État. Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008. France : Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail de la Solidarité et de la Fonction publique, Ministère de la Santé et des Sports Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Réforme de l'État ; 06/2010 [En ligne]. 8p. rapport n°728. Disponible : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er728-2.pdf>

LISTE DES TABLEAUX

Caractéristiques de la populationp.25

Tableau 1: Nombre de professionnels dans l'entreprisep.25

Tableau 2: Nombre d'entretiens réalisésp.25

Tableau 3: Durée des entretiensp.25

Tableau 4: Ancienneté dans l'entreprise (années).....p.25

Tableau 5: Age des professionnels interrogésp.26

Récapitulatif des rendez-vous p.26

Tableau 1: Accords pour entretien.....p.26

Tableau 2: Refus d'entretien.....p.26

Tableau 3: Pas de réponse lors de l'appel téléphoniquep.26

Tableau 4: Numéro faux ou obsolètesp.26

Tableau 5: Rendez-vous annulésp.27

Tableau 6: Nombre total d'appels téléphoniques par catégoriep.27

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	P.14
RÉSUMÉ	P.15
INTRODUCTION	P.16
MATÉRIELS ET MÉTHODES	P.20
1. Population étudiée et effectif	p.20
2. Déroulé de l'étude	p.21
3. Déroulé des entretiens	p.22
4. Analyse	p.23
5. Critères de jugement.....	p.23
RÉSULTATS.....	P.24
1. Profil de la population interrogée	p.24
1.1. Les individus	p.24
1.2. Le mode d'exercice.....	p.24
1.3. Tableaux	p.25
1.3.1. Caractéristiques de la population	p.25
1.3.2. Récapitulatif des rendez-vous.....	p.26
2. Analyse des entretiens	p.27
2.1. Autonomie	p.27
2.1.1. Organisation du cadre de travail	p.27
2.1.2. Compétences personnelles	p.29
2.1.3. Relations interprofessionnelles	p.31
2.2. Relation soignant soigné	p.34
2.2.1. Influence du patient et des aidants	p.34
2.2.2. Implication dans la relation.....	p.35
2.3. Réflexions éthiques médico-légales.....	p.36
2.3.1. Ethique interprofessionnelle	p.36
2.3.2. Secret professionnel	p.36
2.3.3. Transmettre pour se protéger.....	p.37
DISCUSSION	P.38
1. Multiplier les modes de communication semble efficient	p.39
1.1. S'écrire ou se parler	p.39
1.2. Pourquoi transmettre.....	p.40
1.3. Différents interlocuteurs selon l'information	p.41

1.4. L'importance de l'écrit.....	p.41
1.5. Le papier : un lien avec le monde extérieur	p.42
1.6. L'oral pour faire face à l'urgence ou aux difficultés	p.43
1.7. Un travail collectif pour recueillir plus d'informations	p.43
1.8. Une communication compliquée avec le médecin traitant.....	p.44
1.9. Une communication délicate avec le monde hospitalier.....	p.45
2. Discussion sur la construction de la relation	p.45
2.1. Une relation basée sur la confiance.....	p.45
2.2. Des prises d'initiative.....	p.46
2.3. Une relation différente selon les intervenants.....	p.46
2.4. Un diagnostic caché au patient.....	p.47
2.5. Quel langage utiliser ?	p.48
2.6. Une (mauvaise) influence des transmissions ?.....	p.48
3. Discussion sur la réflexion éthique	p.49
3.1. Quelles informations transmettre ?	p.49
3.2. Lien avec le patient	p.49
3.3. La notion du « travailler ensemble »	p.50
3.4. Qui est soumis au secret professionnel ?	p.51
3.5. L'importance du dossier médical partagé	p.51
CONCLUSION ET PERSPECTIVES	P.53
BIBLIOGRAPHIE.....	P.56
LISTE DES TABLEAUX.....	P.62
ANNEXES	P.65
Annexe 1 Courrier Anjou Soins Services	p.65
Annexe 2 Guide d'entretien	p.66
Annexe 3 Informations transmises.....	p.68

ANNEXES

Annexe 1 : Courrier Anjou Soins Services

Bonjour à toutes et à tous,

Nous sommes 6 internes en médecine générale et nous réalisons, sous la direction du Professeur François GARNIER, une étude sur la transmission des informations entre intervenants autour du sujet âgé dépendant.

Nous sommes ravis que votre association nous vienne en aide pour ce projet car sans vous il ne peut aboutir.

Pour réaliser cette étude nous souhaitons réaliser des entretiens individuels avec des représentants de chaque profession de votre association. Un tirage au sort sera réalisé puis vous serez libre d'accepter ou non de participer. Chaque entrevue sera anonyme, enregistrée et réalisée dans le plus grand respect des réponses que vous amèneriez.

Nous savons que votre temps est précieux et nous choisirons bien entendu l'horaire qui vous conviendra le plus. Les entretiens seront réalisés sur votre temps de travail sans décompte sur votre salaire.

Idéalement nous aimerions débuter les entretiens début avril et les terminer fin mai.

Nous comptons sur vous.

A très bientôt !

Eloïse HERVE, Christie LEGRAND,
Jacques MENARD, Marie MERMOD,
Laurie MEZERAI-DAMPT, Naomi ROBIN

Annexe 2 : Guide d'entretien

En préambule : pour poser le sujet auprès des intervenants et voir ce qu'ils en pensent de manière générale

Comment circule habituellement l'information dans l'association ? Avez-vous des exemples récents ? Racontez-moi vos dernières situations ?

Question 1 : L'information en elle même

Que partagez vous comme information ? avez-vous des exemples récents ?

Sous-questions qui seront posées en fonction des réponses

- Que faites vous remonter ?
- Qu'est-ce qui vous paraît important à transmettre ?
- Possibilité de demander : Que ne transmettez vous pas ?
- Si la personne interrogée semble vouloir citer les pratiques racontées dans les livres sans citer sa pratique, possibilité de lui demander : et dans tout ce que vous me dites, qu'est-ce qui vous paraît important ?

Résultats attendus

- Sous-thèmes possiblement abordés
 - Observance
 - Moral du patient
 - Mise en danger du patient
 - Nutrition
 - Relations avec l'entourage
- Voir surtout les items abordés et ne jamais suggérer d'item

Question 2 : Le mode de transmission de l'information

Comment et à qui transmettez-vous ces informations ? (ne pas parler du médecin si celui-ci n'est pas abordé)

Si la personne interrogée ne parle que des moyens de transmission habituels, possibilité de demander : Y-a-t'il une situation où vous avez dû faire autrement ?

Question 3 : Les « non dits »

Pensez-vous qu'il y a des choses que les patients ne vous disent pas ? Comment faites-vous avec ça ?

Question 4 : Les complications de la transmission

Y-a-t-il des circonstances où la transmission des informations est compliquée ? Lesquelles ? Avez-vous des exemples concrets d'informations que vous avez reçu et dont vous n'avez su que faire ?

- Secret professionnel ?
- Représentations du soignant ou du patient ?
- Conséquences ?
- Collusion avec le patient ou distance particulière ?
- Conflit interpersonnel (avec le médecin ou un autre soignant) ?
- Difficultés techniques ?
- Les items suivants ne seront pas donnés lors des entretiens, ce sont juste des hypothèses et on verra s'ils sont spontanément cités ou non

Question 5 : Le secret professionnel

Est-ce que le secret professionnel vous a déjà mis en difficulté ? Racontez-moi

Question 6 : caractéristiques de la population

Les dernières questions nous permettrons de « caractériser » notre population (tout en gardant l'anonymat !)

- Age
- Sexe
- Ancienneté
- Travail salarié ou libéral
- Travail urbain ou rural
- Nombre de personnes à charge sur une semaine
- Possible question sur la formation

Rapport-gratuit.com 
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Pendant l'entretien

Seules les questions ouvertes seront posées, avec des relances ouvertes en l'absence de réponse (est-ce que vous voyez autre chose ? Y-a-t'il une situation où vous avez fait autre chose ? par exemple). Les autres éléments (écrits en petits caractères) sont des pistes de réponse dont l'analyse permettra de savoir si les réponses correspondent ou non.

Annexe 3 : Informations transmises

Type d'information	Exemples	Citations
Informations pratiques	Changements de planning, adresses, localisations des clefs, interphone, inadéquation entre les besoins et le temps d'intervention ...	« Moi, en général, c'est plutôt des informations d'ordre pratique que je donne pour ... euh ... galérer le moins possible quand on arrive chez la personne »
Rendez-vous des patients	Visite du médecin, rendez-vous importants, patients hospitalisés, patients absents du domicile ...	« Et puis, lorsque la personne a pris la décision de rencontrer le spécialiste, on dit le rendez-vous est posé la psychologue »
Aspect social et financier du patient	Situation financière, lieu de vie ...	« Ça me paraissait complètement disproportionné mais après tout, c'est son budget, c'est son choix (...) Donc je l'ai transmis à ma collègue qui s'en ... qui le suit depuis longtemps »
Informations permettant de prendre en charge un patient nouveau ou un changement de situation	Demandes de la famille (et du patient), habitudes de vie, pathologies médicales, actions déjà entreprise, autonomie globale ...	« Il y a l'histoire de la maladie qu'on peut noter et le reste comme traitement, infos diverses, autonomie, habitudes de vie, les autres interventions (par exemple intervention d'une auxiliaire de vie) »
Problème médicaux aigus	Traumatismes, dyspnée, douleurs, constipation, problèmes de peau, biologie perturbée ...	« On s'est aperçu qu'il était diabétique mais il euh, les médicaments ne suffisaient plus, il fallait qu'il soit sous insuline donc, du coup, ça, je l'ai signalé rapidement parce qu'on arrivait le soir »
Problèmes chroniques avec une aggravation	Troubles mnésiques, modification par rapport à l'état habituel ...	« Je l'ai rappelé moi après pour lui dire un petit peu le quotidien de cette dame qui se perdait à l'extérieur etc ... »
Autonomie	Chutes, perte d'autonomie, mobilité, gestes faits sans aides ou aidés ...	« Mais quand il y a une baisse d'autonomie ou qu'on est inquiet par rapport à une prise en charge, on transmet »
Addictions	Intoxication répétées, bouteilles vides en grand nombre ...	« après, on a plus un pôle situation de santé donc là on va expliquer brièvement s'il y a des troubles du comportement, si la personne a une addiction à l'alcool par exemple pour que la salariée puisse s'y préparer »
Observance du traitement	Traitements non pris, traitements cachés, conflits sur la question des traitements, demandes de traitements non prescrits ...	« C'est sûr que, souvent, on note des problèmes surtout au début, les patients ne prennent pas le médicament ou alors ils le prennent pas au bon moment »
Etat psychologique	Dépression, aggravation d'une pathologie psychiatrique connue, idées délirantes, anxiété ...	« Ça, on peut contacter un médecin traitant quand on sent qu'une personne glisse ou je ne sais quoi »
Evènements de vie	Négatifs s'ils ont un impact psychologique, bonnes nouvelles	« je transmet les informations utiles pour la prise en charge comme par exemple les seuils parce que ça a quand même une répercussion sur le patient »
Taches à réaliser	Liste des taches, matériel présent au domicile, « stratégies » pour faire le soin efficacement ...	« On échange aussi sur le programme de la semaine suivante pour euh organiser un peu les soins qu'il y a à faire »
Hygiène et alimentation	Difficultés d'alimentation, refus alimentation ou soins d'hygiène ...	« Je signale sur le cahier de transmission que la personne euh, n'avait que peu mangé le midi »
Confort du patient	Confort des fins de vie, douleur, sommeil, demandes nouvelles venant du patient ...	« Sinon, on note tout ce qui est diagnostic infirmier, sur tout, par exemple, la douleur, le sommeil, l'anxiété »
Environnement familial et maltraitance	Conjoint et nombre d'enfant, présence d'animaux, épuisement familial, maltraitance ...	« Et puis, en même temps, on marque l'aidant, il n'en peut plus aussi »
Problèmes de santé avec impact collectif	Maladies contagieuses, précautions, plan canicule ...	« Donc, du coup, j'ai fait une alerte, une alerte santé pour dire, ben qu'elle avait de boutons (...). Donc, par précaution, il fallait mettre des gants pour la toilette »
Agressivité envers les soignants	Agressivité verbale et physique, conflits, troubles du comportement ...	« Quelques fois on a besoin de noter des choses comme l'agressivité d'une personne »

Étude de la circulation de l'information autour du sujet âgé dépendant au sein d'une association de soins à domicile du Maine et Loire

RÉSUMÉ

Devant le vieillissement croissant de la population et le manque de places en hébergement qui en découle, on assiste au développement des structures de soins permettant un maintien au domicile dans les meilleures conditions possibles. Il est important que les soignants, qui interviennent en réseau, communiquent au maximum pour faciliter le soin et donc améliorer le confort du patient.

Les objectifs principaux de cette étude étaient de mettre en évidence les moyens qu'ont les acteurs pour transmettre une information de qualité au sein même d'une association d'aide à domicile mais également avec les intervenants extérieurs, ainsi que les éventuels obstacles à la communication et les facteurs susceptibles de l'améliorer.

Cette étude reposait sur une méthodologie qualitative, par entretiens semi-dirigés auprès de salariés de l'association Anjou Soins Services à Angers, il s'agissait de 6 classes de métiers : auxiliaires de vie, employés, agents, aides-soignants, infirmiers et cadres. Les entretiens ont été analysés via le logiciel N vivo 11.

51 entretiens ont été réalisés entre novembre 2015 et avril 2016. Des circuits différents de transmission d'information, horizontale ou plutôt hiérarchisée, en fonction de la complexité des prises en charge, ont été mis en évidence. La multiplicité des moyens de communication était bénéfique à la qualité des échanges, même si c'était en réunions de groupe que les salariés ressentaient la meilleure efficacité dans la transmission. Les relations avec les intervenants extérieurs, en particulier avec le médecin traitant semblaient très fragilisées par un manque d'organisation et de temps.

La qualité de la communication était dépendante de l'expérience des salariés et souvent perturbée par les variations de langage intra-individuelles ainsi que par l'aspect médico-légal de la traçabilité des informations.

La recherche constante d'amélioration de la communication permet le bon fonctionnement d'un réseau. Dans ce contexte de réseau de soins à la personne âgée dépendante, il paraît indispensable, d'une part, de maintenir pour les soignants un temps bénéfique de dialogue en groupe, et d'autre part de développer les échanges entre les soignants et le médecin traitant par l'intermédiaire de nouveaux outils, comme le Dossier Médical Partagé ou des plateformes numériques.

Mots-clés : Recherche qualitative, soins à domicile, service de soins à domicile, sujet âgé, personne dépendante à domicile, législation et jurisprudence, confidentialité, communication, diffusion de l'information, smartphone, comportement coopératif

Study of the transmission of the information about a dependent elderly person in a home care facility in Maine-et-Loire

ABSTRACT

With an increase of the population's aging process and the lack of housing, healthcare structures are blooming everywhere allowing a better care of the patient in his home. It appears important that caregivers, organised as a network, communicate as often as possible in order to facilitate their care, and therefore improve the patient's comfort. The main objectives of this study are the enlightenment of the means used to convey a good information, whether it'd be for the staff of home care structure or for any other external professional, the multiple factors likely to improve it and the obstacles encountered.

This qualitative study was conducted through semi-structured interviews of employees of Anjou Soins Service, in Angers. 6 different work classes were interviewed : homecare assistants, employees, agents, care-assistants, nurses and managers. Interviews were then analysed with the software Nvivo 11.

51 interviews total were conducted between novembre 2015 and april 2016. Different channels of information were highlighted , horizontal or more hierarchical, depending on the complexity of the care. The multiplicity of communication channels was highly beneficial to the quality of the information, and employees felt that group meetings are the most efficient way to pass on informations. Relations between an external professional and the general practitioner seemed very weak due to lack of organisation and time. The quality of communication is often depending on the experience of the employees and can also be troubled by the diversities of langage used by individuals and the forensic dimension of the information.

Ways to communicate an information are as numerous as people to convey them. The constant desire of improvement is the key to a good communication and a functioning network. It appears essential on one hand that the caregivers maintain a quality time for group dialogue, and on the other hand consolidate the communication with the general practitioner through new tools, such as the shared medical record ou digital platforms.

Keywords : qualitative research, homecare, homemaker service, elderly person, homebound persons, legislation and jurisprudence, confidentiality, communication, dissemination of information, smartphone, cooperative behavior